Nr. 1. 4. stycznia 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

H. MEISEL i E. MIKULASZEK. Lwów.

Badania nad antygenami szczepu H i O pałeczki durowej.

Państwowy Zakład Higjeny Filja we Lwowie
Kierownik: Prof. Dr. N. Gąsiorowski.

Spostrzeżenia zebrane w ostatnich latach (Weil-Felix, Arkwright, Andrewes i in.) wykazują silne różnice w biologicznem zachowaniu się antygenów otrzymanych z hodowli pałeczek durowych i rzekomodurowych.

Weil-Felix pierwsi stwierdzili, że podobnie jak z hodowli odmieńca X_{19}, również z pałeczek durowych i rzekomodurowych można otrzymać dwa rodzaje wywoływaczy. Jeden z nich, zwany wywoływaczem O, jest ciepłostały i daje grupowy odczyn zlepny w postaci osadu drobnoziarnistego, drugi zwany H, jest ciepłochwiejny i daje odczyn zlepny swoisty w formie grubszych kłaczków. W ślad za tem także i inni badacze wyróżniają różnorodne wywoływacze w grupie durowej i rzekomodurowej. I tak Arkwright, przyjmując mianownictwo przyjęte dla odmian pneumokoków, wyróżnia w hodowlach durowych i rzekomodurowych postacie R i S, przyczem przy postaci R stwierdza serologiczne odczyny grupowe, a przy postaci S swoiste. Jeśli ponadto dodamy, że według Andrewes'a każdy szczep może zawierać rozmaite fazy (swoiste, nieswoiste), widzimy, jak powikłanem staje się obecnie zagadnienie jednolitości, względnie różnorodności antygenów.

Zawiązek naszych dotychczasowych badań w tym kierunku przedstawia się następująco:

do doświadczeń użyliśmy oryginalnego szczepu Weil-Felixa H 901 i szczepu Felixa-Olickiego O 901, otrzymanych z National Collection of Type Cultures w Londynie.

Technika sporządzenia wywoływaczy była następująca: 48 godz. hodowle agarowe spłukiwano wodą przekropłoną i do zawiesiny wodnej dodawano równą objętość bezwodnego acetonu. Po odwirowaniu i odparowaniu płynu przy 37° C otrzymano wyciąg pierwszy (1); ze stratu osuszonego przy 37° i odważonego otrzymywano wyciąg acetonowy (2), eterowo-naftowy (3) i alkoholowy (4), pozostały osad po ekstrakcji alkoholowej poddano działaniu ługu według metody Pflügera, podanej dla otrzymania glikogenu; końcowy produkt oczyszczano zapomocą kilkakrotnego wytrącania alkoholem absolutnym naprzemian z wodnego roztworu kwaśnego i zasadowego nakoniec z roztworu obojętnego.

Odczyn wiązania dopełniacza wykonano z każdym otrzymanym antygenem i z 8 surowicami z królików uodpornionych:

1) szczepem H/901 ogrzanym przez 2 godz. do 100° C (sur. H/100);
2) szczepem H/901 ogrzanym przez 1 godz. do 56° C (sur. H/56);
3) szczepem O/901 ogrzanym przez 2 godz. do 100° C. (sur. O/100);
4) szczepem O/901 ogrzanym przez 1 godz. do 56° C (sur. O/56);
5) kilkoma szczepami durowymi (P. Z. H. Lwów);
6) kilkoma szczepami Paraty. A (P. Z. H. Lwów);
7) kilkoma szczepami Paraty. B (P. Z. H. Lwów);
8) kilkoma szczepami Gärtner (P. Z. H. Warszawa).

Do różnych dawek wywoływacza dodawano stale tę samą dawkę badanej surowicy w rozczynie 1/10.

Z wyników otrzymanych z wywoływaczami acetonowemi (1, 2) eterowo-naftowym i alkoholowym widzimy, że odczyn z wywoływaczem eterowo-naftowym szczepów O i H i wszystkiemi surowicami wypada stale ujemnie. Wywoływacz alkoholowy szczepu O/901 i H/901 daje wynik dodatni w rozc. 1/40 tylko z jedną surowicą (wielowartościowa durowa 5) pozatem z wszystkiemi innemi surowicami odczyn wypada ujemnie. Z acetonowych wywoływaczy tylko pierwszy ze szczepu O/901 daje zaznaczone wyniki z 4 surowicami durowemi, natomiast wyciąg acetonowy pierwszy ze szczepu H/901 i wyciągi acetonowe drugie z obu szczepów dają z wszystkiemi surowicami wyniki ujemne. Z dat powyższych wynika, że jedynie wyciąg acetonowy (1) i alkoholowy zaznaczają w bardzo słabym stopniu swe działanie, inne zachowują się zupełnie biernie, czyli że wszystkie wyciągi acetonowe, eterowo-naftowe i alkoholowe nie posiadają cech wywoływaczy swoistych.

Druga grupa badań obejmuje odczyny wiązania dopełniacza z pozostałą resztą hodowli po zastosowaniu metody Pflügera.

Reszta ta po szczepie O/901 przedstawia się jako ciało bezpostaciowe o zabarwieniu jasno-żółtem, silnie hygroskopijne; po szczepie H/901 również jako ciało bezpostaciowe barwy brunatnej niehygroskopijne. Oba ciała rozpuszczalne w wodzie. Z chemicznego zachowania się tych ciał należałoby wymienić: roztwór wodny jednego i drugiego nie ulega zmętnieniu po dodaniu kwasu sulfosalicylowego; odczyn biuretowy wypada ujemnie; zawartość azotu oznaczona metodą Folina w substancji ze szczepu O/901 wynosi 2.1%, ze szczepu zaś H/901 = 1.05%. W roztworze jednym i drugim zupełny brak redukcji (Fehling, Folin-Wu), która silnie występuje dopiero po hydrolitycznem działaniu 4% kwasu siarkowego. Ilość ciał redukujących po 3 godz. hydrolizie, oznaczona metodą Folin-Wu w substancji O/901 wynosi 19.5%, a w H/901 = 27.5%.

Podane odczyny chemiczne więc wskazują, iż w pozostałej reszcie tak z jednej, jak i z drugiej hodowli, brak substancji o charakterze białkowym, natomiast zawarte są połączenia, odpowiadające wielocukrom, i to w znacznie wyższym odsetku, w reszcie otrzymanej ze szczepu H/901.

Surowica	Antygen resztkowy H 901 w rozcieńczeniu														
	1/1000	1/2000	1/4000	1/8000	1/16.000	1/32.000	1/64.000	1/125.000	1/250.000	1/500.000	1/1 milj.	1/2 milj.	1/4 milj.	1/8 milj.	1/16 milj.
Sur. H 100	—	—	—	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	—	—	—	—
Sur. H 56	—	—	—	±	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	±	—	—
Sur. 0 100	—	—	+	+++	+++	+++	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sur. O 56	—	—	—	+	+++	+++	+++	+++	++	+	—	—	—	—	—
Sur. Ty (P. Z. H. Lwów)	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	+	±
Sur. Paraty A P. Z. H. Lwów)	—	—	—	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	—	—
Sur. Paraty B (P. Z. H. Lwów)	—	—	—	—	—	—	±	±	—	—	—	—	—	—	—
Sur. Gärtner (P. Z.H. Warszawa)	—	—	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	—	—

Przypatrzmy się teraz, jak się zachowują otrzymane ciała, użyte jako wywoływacz w odczynie Bordet-Gengou. Otóż reszta otrzymana ze szczepu O/901 z wszystkiemi 8 surowicami daje zupełnie ujemne wyniki.

Substancja, otrzymana ze szczepu H/901, w przeciwieństwie do O/901 daje niezwykle czułe odczyny w bardzo wysokich jeszcze rozcieńczeniach a mianowicie:

Z wielowartościową surowicą durową, Paraty A i Gärtner, następnie surowicą H/901 otrzymaną ze szczepu, ogrzanego do 56° C odczyn Bordet-Gengou wypada dodatnio z rozcieńczonym antygenem w granicach od 1/2,000.000 do 1/8,000.000.

Z surowicą H/901, otrzymaną ze szczepu ogrzanego do 100° C i surowicą O/901 ze szczepu ogrzanego do 56° C odczyn, wypada dodatnio w rozcieńczeniu od 1/500.000 do 1/1,000.000;

Z surowicą O/901, otrzymaną ze szczepu ogrzanego do 100° C dodatni wynik otrzymano w rozcieńczeniu 1/32.000;

Z wielowartościową surowicą Para B zaledwie ślad powstrzymania hemolizy zanotowano tylko przy rozcieńczeniu 1/64.000 i 1/125.000, pozatem przy wszystkich innych rozcieńczeniach wynik ujemny.

Jak widzimy, substancja otrzymana ż H/901 zachowuje się najczulej i niemal w równych rozcieńczeniach wobec surowic durowych, Para A i Gärtnerowskich.

Z surowicami O odczyn wypada dodatnio w słabszych rozcieńczeniach.

Z surowicami H i O, otrzymanemi ze szczepów ogrzanych do 100° C odczyn wypada również słabiej, co szczególnie wyraźnie występuje przy surowicy O.

Zbierając dotychczasowe wyniki, przychodzimy do przekonania, że ciała resztkowe otrzymane w ten sam sposób ze szczepów O/901 i H/901, które pod względem chemicznym odpowiadają wielocukrom, różnią się między sobą pod względem serobiologicznym. I tak ciało resztkowe otrzymane ze szczepu O/901 zachowuje się zupełnie obojętnie, czyli brak mu zupełnie cech wywoływacza. Przeciwnie zaś ciało resztkowe otrzymane ze szczepu H/901 w odczynie Bordet-Gengou okazuje się niezwykle czułe, a zatem można go wliczyć do grupy antygenów resztkowych.

Działanie antygenu resztkowego H/901 nie jest ściśle swoiste, lecz tylko grupowe, skoro wywoływacz ten okazuje się czynnym nietylko wobec wysokowartościowych surowic durowych, lecz również z tem samem nasileniem wobec surowicy Paraty A i Gärtnera. Antygen resztkowy H/901 daje także — jakkolwiek słabsze — dodatnie odczyny ze surowicami otrzymanemi ze szczepu O/901. Analogiczne wyniki, otrzymane przy szczepach O i H/X$_{19}$ opisuje Przesmycki i stara się wytłomaczyć mechanizm dodatniego odczynu między antygenem resztkowym H, a surowicą otrzymaną ze szczepu O, obecnością niedających się ilościowo wykryć wielocukrów H w szczepie O. Przypuszczenie to, wobec niezwykle skomplikowanej budowy tworzywa ciał odpornościowych i sprawy ich powstawania, jak również wobec braku dowodów, by dla uzyskania ciała odpornościowego reagującego z wielocukrem był potrzebny w antygenie tenże węglowodan w formie chemicznie określonej, wydaje się za słabo umotywowane. Zdaniem naszem, zjawisko to na razie wytłomaczyć możnaby tylko w ogólnych zarysach, przyjmując je jako wyraz biochemicznego powinowactwa szczepu H/901 i O/901.

Piśmiennictwo:

1) Andrewes F. W.: Journ. of pathol. a. bacteriol. T. 25, 1922, p. 505. — 2) Arkwright J. A.: Journ. of pathol. a. bacteriol. T. 24, 1921, p. 36. — 3) Przesmycki F.: Med. doświad. i społ. T. 6, 1926, p. 378. — 4) Weil-Felix: Zschr. f. Immunitätsf. T. 29, 1920, p. 24.

Prymarjusz Dr. MUSIAŁ. Lwów.

Glejak nerwu wzrokowego [1]).

Z oddziału ocznego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie
Prymarjusz: Dr. Musiał.

Nowotwory zwane glejakami występują w środkowym układzie nerwowym, a więc mózgu, oraz rdzeniu przedłużonym. Występują tutaj w dwu postaciach, jako nowotwory dość ograniczone, zbite, te najczęściej spotykane są w komorach bocznych mózgu, druga postać, mniej ograniczona tworzyć może znaczne ogniska w mózgu lub rdzeniu. My okuliści najczęściej spotykamy się z glejakami siatkówki, rzadko tylko z glejakiem nerwu wzrokowego, zwłaszcza pierwotnym. Co do nowotworów nerwu wzrokowego, to miejscem wyjścia ich są albo osłonki nerwu wzrokowego, albo sam nerw. Tak jedne, jak i drugie należą do rzadkości.

Sattler n. p. podaje na 400.000 zaledwie 10 przypadków nowotworów nerwu wzrokowego. Treachev-Collins na 400.000 w ciągu 15 lat zaledwie dwa przypadki miał sposobność obserwować. Alfred Graefe na przeszło 100.000 trzy przypadki. Byers z całej literatury do r. 1900 zebrał 102 przypadki, Hudson do roku 1912 zebrał ich 182.

Przeważna ilość nowotworów umiejscowiona jest pod osłonkami nerwu wzrokowego, z niego właśnie bierze początek. Początkowo były one opisywane pod różną nazwą i tak jako włókniaki, mięsaki, śluzaki, włókniako-śluzaki, włókniako-mięsaki, śluzako-mięsaki, nerwiaki, glejaki, glejako-mięsaki. Późniejsze dopiero dokładne badania, zwłaszcza Sattlera wykazały, że po największej części mamy tutaj do czynienia z glejakami takiemi samemi, jakie znachodzą się w ośrodkowym układzie nerwowym i rdzeniu. Nieznaczna tylko ilość bierze początek z osłonki twardej nerwu wzrokowego, przerasta ją na zewnątrz, rozprzestrzeniając się w tkance oczodołowej. Są to przeważnie śródbłoniaki.

Glejaki, wychodzące z nerwu wzrokowego, nie są to nowotwory tego samego typu, jaki spotykamy w siatkówce. Występują w późniejszym okresie życia, nie przerastają osłonki twardej, nie mają charakteru złośliwego, w odróżnieniu od glejaka siatkówki lub śródbłoniaków wychodzących z osłonki nerwu wzrokowego. Rosnąc powoli nie dają przerzutów ani nawrotów miejscowych, nie powodują również zajęcia gruczołów limfatycznych. Wywołują natomiast niszczące działanie miejscowe. Rozrastając się w nerwie wzrokowym sprowadzają zanik włókienek, a wreszcie ślepotę. Rzadziej posuwają się wzdłuż nerwu wzrokowego przez kanał kostny ku górze do skrzyżowania nerwów i na stronę przeciwną. Chociaż i takie przypadki są znane. Co do rozpoznania różniczkowego, to przedewszystkiem uwzględnić należy, czy guz bierze początek z nerwu wzrokowego, czy też ze ścian oczodołu, lub otaczających zatok. Trudniej przedstawia się sprawa ustalenia, czy guz wychodzi z samego nerwu, czy też z jego osłonek, — co ma wielkie znaczenie ze względu na rokowanie, gdyż jak wiemy te ostatnie są nadzwyczaj złośliwe.

W początkowym okresie jedynym objawem jest mniejszego lub większego stopnia wytrzeszcz, którego przyczyny mogą być najróżnorodniejsze. Dopiero później, gdy daje się wyczuć guz poza gałką oczną z nią ruchomy, wypychający gałkę oczną w kierunku osiowym, możemy rozpoznać guz nerwu wzrokowego. Co się zaś tyczy charakteru samego guza, to dopiero dalszy przebieg, a więc szybkość wzrastania może nam do pewnego stopnia dać pojęcie o charakterze danego guza.

Śródbłoniaki rosną zwykle szybko, glejaki natomiast bardzo powoli. Guz tego rodzaju obserwowany na naszym oddziele, pozwolę sobie w krótkości przedstawić.

Chora M. M. lat 15, L. pr. 242, przyjęta na oddział 18 maja 1928 r. podaje co następuje: od roku zauważyło u niej otoczenie powolne występowanie z oczodołu oka prawego, przyczem widzenie stale się pogarszało. (Miała doznać urazu w okolicy oka prawego).

Stan w dniu przyjęcia: gałka oczna pr. wysadzona w kierunku osiowym na 8—9 mm z oczodołu. Poza gałką oczną wyczuwa się w głębi guz dość miękki, gładki, słabo ruchomy z gałką oczną. Rogówka jak i przedni odcinek gałki ocznej prawidłowy.

Dno oka: ośrodki łamiące czyste ,tarcza nerwu wzrokowego biała, o granicach zatartych. Naczynia tętnicze wąskie, żylne dość grube, łukowato zagięte na tarczy, rozchodzą się w siatkówce.

Ostrość oka praw. = ruchy ręki przed okiem. Ostrość oka L. 5/5. Badania dodatkowe ustroju ujemne.

Dnia 28. V. przystąpiono do operacji w uśpieniu, sposobem Krönleina. Po odłutowaniu kości i odsłonięciu okostnej, okazało się , że guz jest dość dużych rozmiarów i tą drogą niemożliwy do usunięcia. Wobec tego usunięto guz wraz z gałką oczną zwykłym sposobem od przodu. Po wyjęciu okazało się, że guz dużych rozmiarów zajmuje prawie cały odcinek oczodołowy nerwu wzrokowego aż do wejścia do kanału kostnego, skąd go musiano odciąć. Guz wielkości średniego jaja kurzego, otoczony tkanką łączną zapalną. Po odpreparowaniu tkanki łącznej, guz o gładkiej powierzchni, owalny, utkaniu elastycznem. Wymiary guza 55 mm długość, 40 mm szerokość. Nerw wzrokowy między gałką oczną a guzem zgrubiały. Przekrój w tem miejscu nerwu 12 mm średnicy. (Patrz ryc. 1).

Badanie histlogiczne (Zakład Anatom. Pat. U. J. K. Dr. Szusterówna). Badany guz wychodzący z nerwu wzrokowego przedstawia pod mikroskopem utkanie glejaka. W częściach przybrzeżnych budowa guza jest dość zbita, w części ośrodkowej jest

[1]) Przypadek omówiony na posiedzeniu „Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego" w r. 1928.

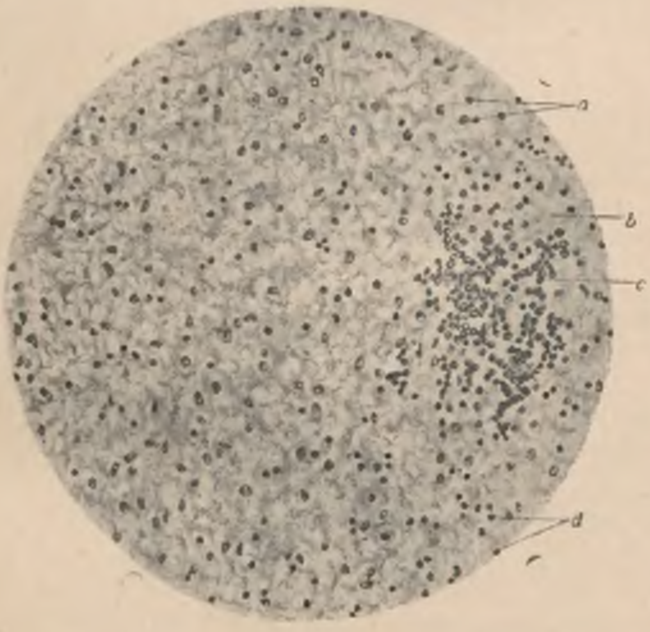
ona więcej wiotka i luźna. Pozatem stwierdza się miejscami obrzęk, wybroczynki krwawe, oraz skąpe nacieki zapalne, złożone z limfocytów. W części tej włókien nerwu wzrokowego ani osłonek wykazać nie można. (Patrz Ryc. 2).

Badania histologiczne z wyciętego skrawka zgrubiałego nerwu wzrokowego między gałką oczną a guzem następujące: pod mikroskopem uderza znaczne zgrubienie osłonki nerwowej, która wy-



Ryc. 1.

kazuje zmiany włókniste. Od osłonki odchodzą do środka nerwu również dość grube pasma tkanki łącznej, które otaczają poszczególne wiązki nerwowe. W tkance łącznej widoczne zgrubiałe ściany naczyń krwionośnych. Tu i ówdzie dokoła naczyń nieliczne komórki okrągłe. Pęczki nerwowe otoczone tkanką łączną, okazują bardzo znaczny obrzęk. Pęczki nerwowe, otoczone pasmami zgrubiałej tkanki łącznej, przecięte częściowo poprzecznie,



Ryc. 2.
Glejak nerwu wzrokowego.
a) Komórki glejakowe; b) Obrzękła tkanka glejowa podstawowa; c) Ciałka czerwone krwi; d) Limfocyty.
Leitz. Ok. rys. II. Zeiss. Obj. aa. Tub. 10 mm.

częściowo skośnie wykazują obrzęk bardzo znacznego stopnia, tak, że budowa nerwu jest zupełnie zatarta. Miejscami występują również wśród pęczków nerwowych początkowe zmiany włókniste. Włókna osiowe i osłonki myelinowe uległy po największej części rozpadowi. (Ryc. 3).

Glejaki nerwu wzrokowego należą do nowotworów rzadko spotykanych. Mimo swej nazwy nie należą do nowotworów złośliwych, w odróżnieniu od glejaków wychodzących z warstwy ziarnistej siatkówki. Nowotwory nerwu wzrokowego, początkowo stanowiąc nieznaczne zgrubienie nerwu wzrokowego, długi czas nie mogą być rozpoznane jako takie. Jedynym objawem na zewnątrz może być wówczas tylko wytrzeszcz gałki ocznej, którego przyczyna może być różna. Wytrzeszcz ten występuje wówczas zwykle w osi oczodołu, rzadziej powoduje przemieszczenie gałki ocznej lub utrudnienie ruchomości i podwójne widzenie.

Badanie wziernikowe w tym okresie daje zmiany zastoinowe (żylne) przy niedokrwieniu tętniczem, wskutek ucisku naczyń w nerwie wzrokowym. W okresie późniejszym obraz wzierni-kowy podobny do obrazu, jaki spotykamy po długotrwałem zapaleniu nerwu wzrokowego, *(Atrophia post neuritidem)*. Rzadko natomiast spotykamy obraz prostego zaniku. Ostrość wzroku jest upośledzona dość wcześnie i nieraz jest pierwszym wczesnym objawem. W niektórych jednak przypadkach nawet daleko posuniętych, przy znacznego stopnia wytrzeszczu, dobra ostrość wzroku długo się utrzymywała. Jeśli nowotwór usadowiony jest tuż poza gałką oczną (dość rzadkie przypadki) uciskając na nią od tyłu, powodować może jej spłaszczenie wywołując znaczną nadwzroczność przez skrócenie osi. W przypadku np. opisanym przez Treacher-Collins i Devereux u chłopca 5-cio letniego nadwzroczność z 4 D. powiększyła się w ciągu 4 tygodni do 9 D.



Ryc. 3.
Wycinek z nerwu wzrokowego.
a) Zgrubiała i włóknisto zmieniona pochewka nerwowa; b) Zgrubiała pochewka wiązek włókien nerwowych; c) Obrzękłe wiązki włókien nerwowych.
Leitz. Ok. rys. II. Zeiss. Obj. DD.

Co do objawów podmiotowych to tych prawie nigdy nie spotykamy zwłaszcza w okresie początkowym. Stan ogólny jest również zawsze dobry. Dopiero z chwilą wystąpienia znacznego stopnia wytrzeszczu, z chwilą niezamykania powiek, występują objawy rogówkowe, lub gdy nowotwór rozszerzy się na podstawę czaszki, co jednak rzadko się zdarza.

Glejaki występują zwykle u osobników młodych. W pierwszem dziesięcioleciu 2/3 przypadków. 90% przypada na drugie dziesięciolecie. W niektórych przypadkach początkowe objawy obserwowane już były w pierwszych tygodniach życia (Vosius, Buller, Rampoldi). W przypadku Kiela u dziecka 4-miesięcznego po wyjęciu oka jednego, w 5 miesięcy później, wystąpiły objawy mózgowe, utrata oka drugiego i zejście śmiertelne. — Tego rodzaju nowotwory u dorosłych zdarzają się rzadko. W literaturze opisane są dwa przypadki, gdzie sprawa wystąpiła około czterdziestego roku życia. Początek objawów trzeba jednak odnieść do znacznie wcześniejszego okresu życia, aniżeli to wynika z wywiadów, na których polegać zwłaszcza u dzieci nie można, zwłaszcza, że brak tutaj jakichkolwiek objawów zapalnych i dolegliwości. Pierwszych początkowych zmian trzeba raczej szukać w podłożu wrodzonem, z którego w sprzyjających warunkach przychodzi do nieprawidłowego nadmiernego bujania tkanki glejowej. W niektórych przypadkach jako przyczynę podano uraz, co jednak jest dość wątpliwem. Co do wielkości glejaka nerwu wzrokowego, to może być różna, zależnie od czasu, w którym przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Wielkość ta waha się od orzecha laskowego, do jaja kurzego, może wyjątkowo dojść wielkości jaja gęsiego. W przypadku Rothmunda guz w przekroju wynosił 66 mm u chłopca 13-to letniego, u którego wytrzeszcz zauważono już w drugim roku życia. Kształtu są zwykle owalnego, lub gruszkowatego o powierzchni gładkiej. W wielu przypadkach guz sięgał aż do samej gałki ocznej, w przeważnej części przypadków oddzielony jest od gałki ocznej przez znacznie zgrubiały nerw wzrokowy, często tutaj zagięty, jak to widzimy i w naszym przypadku. Miejscem wyjścia jest najczę-

ściej tylny odcinek oczodołowy nerwu wzrokowego, tuż koło kanału kostnego. Wynika to tak z obrazu anatomicznego guza, jak i badań drobnowidowych. W części tej guz dochodzi do największych rozmiarów, zmniejszając się w stronę gałki ocznej, do której rzadko dochodzi. Tutaj najczęściej widzimy tylko znaczny przerost nerwu wzrokowego. To samo widzimy i w naszym przypadku, gdzie rozmiary guza przy wejściu do kanału kostnego są największe i tutaj musiano go odciąć. Mimoto nawrotu miejscowego nie spotykano. Guz dochodząc do gałki ocznej zatrzymuje się zwykle na blaszce sitowej. Wyjątkowo spostrzegano przechodzenie na brodawkę nerwu wzrokowego i otaczającą siatkówkę. Przypadek Sattlera, Verhoeffa, Martina i Cushinga. Jednak znane są przypadki, gdzie sprawa chorobowa nie dając miejscowo nawrotu, przesunęła się przez kanał kostny, na podstawę mózgu, aż do skrzyżowania nerwów wzrokowych, przechodząc w dalszym ciągu na nerw wzrokowy po przeciwnej stronie, doprowadzając do ślepoty drugiego oka, a nawet zejścia śmiertelnego. W przypadku Sattlera u chłopca trzyletniego w rok po operacji, sprawa przeszła na stronę drugą nerwu wzrokowego, doprowadzając do ślepoty i śmierci w dwa lata później. To samo widzimy w przypadku Emanuela u osobnika trzydziestoośmioletniego, u którego guz zauważono przed 10 laty, w dwa lata po operacji połowicze widzenie na oku drugiem, później ślepota i wreszcie śmierć w 4 lata po zabiegu.

Pouczającym przykładem bujania i rozprzestrzeniania się glejaka jest przypadek Deveneux-Marshall u osoby 46-letniej, gdzie po usunięciu nowotworu nerwu wzrokowego w półtora roku później nastąpił exitus. Sekcja wykazała zajęcie guzowate wielkości jaja kurzego skrzyżowania nerwów wzrokowych, rozprzestrzenianie się na *„tractus opticus"*, dalej na nerw wzrokowy strony przeciwnej. Nowotwór sięgał aż do mostu, wypełniał dalej komory boczne i komorę trzecią. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nowotwór w tym wypadku istniał na podstawie czaszki już przed usunięciem nowotworu z oczodołu. We wszystkich tych przypadkach sprawa rozpoczyna się w oczodole, a nie odwrotnie, mielibyśmy bowiem jakiekolwiek objawy mózgowe, a tego nie spotykamy. Wyjątkowo tylko zdarzały się przypadki gdzie pierwotna sprawa rozpoczynała się na podstawie czaszki, w tych przypadkach szybko zwykle przychodziło do upośledzenia wzroku na obu oczach, zwłaszcza przy zajęciu skrzyżowania nerwów wzrokowych. Brak natomiast jakichkolwiek objawów ze strony gałki ocznej, wytrzeszczu, ewentualnie utrudnienia ruchomości. Przy zajęciu skrzyżowania objawy mogą przypominać te, jakie spotykamy przy zajęciu przysadki mózgowej, lecz wówczas badanie Roentgenem nie wykazuje żadnych zmian w siodełku tureckiem.

Co do samego rozpoznania to w pierwszym okresie jest ono dość trudne, w późniejszem daleko łatwiejsze, zwłaszcza uwzględniając dokładnie wywiady. Głównie chodzi o rozpoznanie między glejakiem a śródbłoniakiem nadzwyczaj złośliwym, ze względu na zabieg operacyjny.

Rokowanie ze względu na zajęcie nerwu wzrokowego zawsze niepomyślne. Wcześniej czy później przychodzi do ślepoty, wskutek ucisku i zaniku nerwu. Przy dłuższym czasie trwania sprawa może przejść na podstawę mózgu.

Po wczesnym zabiegu nie należy się obawiać miejscowego nawrotu lub przerzutów; tych glejak nerwu wzrokowego nigdy nie powoduje, w odróżnieniu od glejaka siatkówki.

Piśmiennictwo:

1) Bullar I. F. and C. Deveneux Marshall: Transact. of the ophth. Soc. of the U. K. XIX, pag. 110, 1899. — 2) Buller F. (1) Transact. of the American, ophth. Soc. 35 annual meeting, pag. 510, 1899. — 3) Buller F. (2): Ibidem, 38 annual meeting, pag. 629, 1902. — 4) Favarolo G.: Ann. di Ottalm. e clinica oculistica, L. I. 3, pag. 242, 1923. — 5) Fischer F.: A. F. A. LIX. S. 181, 1908. — 6) Fleischer B. und R. Scheerer: A. f. Oph. C. III. S. 46, 1920. — 7) Löhlein W.: A. f. Ophth. LXXIII. S. 335, 1910. — 8) Martin P. and H. Cushing: Arch. of ophth. LII. pag. 209, 1923. — 9) Seefelder R.: Kl. Monatsbl. f. Augenkl. LXXIII. S. 507, 1924. — 10) Seydel F.: Klin. Monatsbl. f. Augenkl. XXXVIII. S. 399, 1900. — 11) Simons: Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psychiatr. XXXIX. S. 229, 1918.— 12) Straub M.: A. f. Ophth. XXXII. S. 206, 1886. — 13) Sattler: Die Bösartigen Geschwülste des Auges.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Juljusz KOKOTEK i Dr. Leon POZNAŃSKI. Łódź.

Zakażenie pałeczką Banga u ludzi.

Z Oddziału Wewn. Szpitala fund. małż. Poznańskich w Łodzi.
Ordynator: Dr. Seweryn Sterling.

W r. 1928 w Danji został wprowadzony a w Szwecji zaproponowany obowiązek zgłaszania zachorowania ludzi, spowodowanego przez pałeczkę ronienia zakaźnego u krów, wykrytą przez Banga.

Schorzenie to jest obecnie w wymienionych państwach dobrze znane i stosunkowo szybko rozpoznawane.

W piśmiennictwie polskiem jest dotychczas ogłoszony tylko jeden przypadek obrazu klinicznego choroby Banga. Wniosek, iż schorzenie to u nas występuje rzadko byłby przedwczesnym, gdyż tak samo rzecz się miała w innych państwach przed przystąpieniem do systematycznego serologicznego i bakterjologicznego badania krwi w długotrwałych niejasnych schorzeniach gorączkowych.

Ogłoszenie przypadku zakażenia pałeczką Banga, spostrzeganego na oddziale wewnętrznym Szpitala im. Poznańskich może się przyczynić do częstszego rozpoznawania tej choroby w praktyce.

Chory T. J., lat 65, inkasent, żonaty, bezdzietny. Przybył do szpitala 13. 8. ub. r. Obecna choroba zaczęła się w połowie czerwca ub. r. od biegunki, gorączki i bólów brzucha. Objawy te trwały około 3 tygodni. Podówczas odczyn Widala na dur był dodatni w rozcieńczeniu 1/400; białych ciałek 3500, w tem młodych 2%, pałąkowatych 40%, segmentowanych 34%, kwasochłonnych 0%, limfocytów 16%, monocytów 8%. Po dwutygodniowej przerwie chory począł znowu gorączkować, miał bóle brzucha i silnie się pocił. W tym okresie choroby przybył do szpitala. Skargi chorego: bóle w obu podżebrzach, brak łaknienia, ogólne osłabienie, oddaje 2—3 wolne stolce na dobę. W wywiadach: w 1910 r. zimnica; od tego czasu nawrotów nie miewał; od przeszło pół roku cierpi na ataki bicia serca z brakiem powietrza; odczyn Wassermanna wykonany dwukrotnie w maju ub. r. dał oba razy wynik słabo dodatni z jednym antygenem przy ujemnym odczynie Meinicke'go, chory nie pije, nie pali; przechodził przed wielu laty rzeżączkę, zakażenie kiłowe neguje; żona nie roniła.

Stan obecny: Chory budowy normalnej, odżywienia miernego, waga 50 kg; skóra i śluzówki nieco blade, język wilgotny, lekko obłożony; obrzęków niema; gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone; stawy i kości bez zmian; źrenice równe, jednakowej wielkości; odruchy ścięgnowe i źrenicowe normalne. W płucach: skrócony wypuk i wydłużony wydech nad prawym szczytem, w dole lewego płuca średniobańkowe rzężenia, pozatem bez zmian. Lewa granica serca przesunięta w lewo na 2 palce, podnoszące uderzenie koniuszkowe; nad aortą zaakcentowany z metalicznym przydźwiękiem drugi ton i lekki szmer skurczowy. Tętno 120, ciśnienie 180/80 mm rtęci przy gorączce. Brzuch miękki, nie wzdęty, wolnego płynu w jamie brzusznej się nie stwierdza. Wątroba bolesna o gładkiej powierzchni; dolny brzeg ostry, miękki, 3 palce poniżej łuku żebrowego. Śledziona twarda, dolny brzeg o dłoń poniżej łuku żebrowego; wyraźnie macalne poprzeczne wklęśnięcie.

Chory jest przytomny, może chodzić o własnych siłach.

Badanie moczu: c. wł. 1020; 0,3% białka, urobilinogen nieco zwiększony; cukier nieobecny; diazo ujemny; w osadzie pojed. leukocyty; szkliste i ziarniste wałeczki pojed. w preparacie. Badanie morfologiczne krwi: E — 3.160.000; Hb — 72%; wskaźnik 1,16, anisocytoza, poikilocytoza; ogólna ilość białych ciałek 4.200, w tem 3% młodych; 12,5% pałąkowatych, 57,5% segmentowanych; 0 — kwasochłonnych i zasadochłonnych; 19% limfocytów, 8% monocytów. Odczyny aglutynacji na tyfus, para A i B, Weil-Felixa — ujemne. Badanie krwi na plazmodja zimnicy i krętki Obermeiera ujemne. Odczyny Wassermanna i Meinicke'go ujemne. Odczyn Biernackiego 43 minuty. Objaw opaskowy — ujemny.

Prześwietlenie płuc i serca: w obu szczytach z przewagą po stronie prawej twarde cienie zgęszczenia; wybitne zaokrąglenie okolicy koniuszka serca; wybitnie rozszerzona i zaciemniona aorta; szczególnie w części wstępującej.

Przebieg choroby. W ciągu tygodnia po przybyciu gorączka o typie zwalniającym z stopniowo opadającem maximum; następnie 12 dni ciepłoty normalnej; dalej 2 tygodnie gorączka o typie zwalniającym, przyczem dzienne maxima początkowo narastają, dochodząc do 39°, a następnie się zmniejszają; po dwutygodniowej przerwie gorączka znowu zaczyna się wzmagać; w okresie tej ostatniej fali chory wypisał się ze szpitala. Cały ten czas samopoczucie chorego było dobre, łaknienie zachowane; oddawał 2—3 stolce dzien-

nie; skarżył się na bóle w górnej części brzucha. Zwracało uwagę to, iż nawet w okresach gorączki samopoczucie nie ulegało zmianie. W ciągu 8 tygodni choroby stracił zaledwie 2 kg na wadze.

Powtórzone dwukrotnie badania krwi wykazały przy stwierdzonej poprzednio ogólnej ilości białych ciałek krwi — 0 kwasochłonnych i limfocytozę w ilości 35%. Zwiększonej początkowo urobiliny w moczu w następstwie nie stwierdzono. W czasie gorączki chory otrzymywał chininę z urotropiną bez wpływu na temperaturę.

Różniczkowe rozpoznanie. Należało różniczkować pomiędzy durem, zimnicą, gruźlicą płuc, lymphogranulomatozą, posocznicą przewlekłą i kiłą narządów wewnętrznych. Przeciwko durowi przemawiały: zbyt duża twarda śledziona, ujemny odczyn diazo i głównie zniknięcie odczynu Widala przy trwającej gorączce.

Przeciwko zimnicy przemawiały: brak objawów w ciągu 20 lat, brak plazmodjów, aneozynofilja, stosunkowo nieznaczna monocytoza, brak zwiększenia urobiliny w moczu w okresach gorączki i ujemny wynik podawania chininy.

Przeciwko temu, by stan gorączkowy był spowodowany wyłącznie czynną przewlekłą gruźliczą sprawą płucną, przemawiały— stwierdzenie rentgenologicznie nielicznych twardych ognisk tylko w szczytach, znacznie powiększone wątroba i śledziona.

Przeciwko limfogranulomatozie typu śledzionowego, t. j. bez powiększonych gruczołów chłonnych, przemawiały poczęści ujemny odczyn diazo i limfocytoza. Krzywą ciepłoty, jak w naszym przypadku, może dać limfogranulomatoza.

Przeciwko sprawie posocznicowej o przebiegu przewlekłym mogłyby przemawiać brak krwinek w moczu, ujemny objaw opaskowy i limfocytoza przy ogólnie zmniejszonej ilości białych ciałek.

Szeroka aorta w części wstępującej, wybitnie dźwięczny II. ton i szmer skurczowy nad aortą, słabo dodatni odczyn Wassermanna mogłyby nasunąć przypuszczenie aortytu kiłowego, a duża śledziona i wątroba w połączeniu z wymienionym obrazem krwi — kiłę wątroby.

Wobec coraz częściej opisywanych ostatnio przypadków choroby Banga, cechującej się falującym typem gorączki, obrazem morfologicznym krwi, jak przy tyfusie, dobrym stanem ogólnym, zbadano surowicę chorego na aglutynację z pałeczką Banga.

Odczyn wypadł dodatnio: w rozcieńczeniu 1/1600 surowica zlepiała pałeczki Banga, nie zlepiając bakteryj durowych i paratyfusowych [1]).

Aglutynacja pałeczek Banga poczynając od rozcieńczenia 1:100 jest uważana za bezwzględnie swoistą i w połączeniu z wymienionemi objawami chorobowemi potwierdza rozpoznanie choroby Banga.

Dodatni odczyn Widala na dur w pierwszym okresie choroby nie jest w naszym przypadku zależnym ani od dokonanego dawniej szczepienia ochronnego, ani od przebytej choroby; surowica chorych na Banga nie aglutynuje bakteryj durowych, a więc pierwszy okres choroby nie mógł być już tylko chorobą Banga, a musiał być durem.

Że nie mieliśmy do czynienia z przewlekłą formą duru, wykazuje zniknięcie odczynu Widala już podczas pierwszego okresu gorączkowego w szpitalu.

Mamy więc przed sobą przypadek podwójnego zakażenia, niejednokrotnie opisanego. Dur był, być może, tym czynnikiem, który ujawnił utajone zakażenie pał. Banga, gdyż jednoczesne zakażenie, obu rodzajami drobnoustrojów wobec różnorodnych warunków przez nie wymaganych, jest mało prawdopodobne.

Objawy chorobowe opisanego przypadku, a mianowicie: gorączka o typie falującym, dobry stan ogólny, leukopenja z limfocytozą, an- lub hypeozynofilja, monocytoza, początkowe silne poty, powiększona twarda śledziona i powiększona wątroba są w zupełnej zgodności z objawami opisywanemi powszechnie. Zwraca uwagę wybitnie powiększona śledziona, mogąca nasunąć podejrzenie powikłania z inną chorobą, a jednak ostatnio częściej opisywana przy chorobie Banga. Bóle w lewym podżebrzu mogą być uzależnione od zmian naczyniowych w śledzionie, stwierdzonych anatomicznie.

Brak w naszym przypadku bardzo charakterystycznych, ale niestałych objawów, jak zapalenia jąder, pęcherzykowego zapalenia skóry; niema również często notowanego zwolnienia tętna, co zależnem jest od stanu układu krążenia chorego.

Źródło zakażenia nie zostało ustalone; chory nigdy surowego mleka nie używał, jak również nie miał do czynienia z krowami. Brak więc wywiadu niema znaczenia dla rozpoznania. Do czasu wypisania ze szpitala choroba trwała 3 i pół miesięcy.

Zamierzone początkowo stosowanie szczepionki swoistej w celu skrócenia choroby zostało zaniechane ze względu na stan układu krążenia: leczenie to, o wątpliwem działaniu terapeutycznem, jest połączone z silnemi odczynami gorączkowemi.

Epikrytycznie można powiedzieć, iż opisuje się przypadek choroby Banga, którego rozpoznanie ustalono przez odczyn serologiczny łącznie z pewnemi cechami chorobowemi: febris undulans, dobry stan ogólny, leukopenja z limfocytozą, monocytozą i aneozynofilją. Chorobę poprzedził dur brzuszny, który być może utajoną infekcję pał. Banga ujawnił.

W drugiej połowie ubiegłego stulecia wyodrębniono klinicznie z pośród schorzeń tyfoidalnych, panujących na południu Europy, nową jednostkę chorobową, gorączkę maltańską. Cechą charakterystyczną choroby maltańskiej stanowi gorączka w postaci naprzemiennych okresowych wzniesień i spadków ciepłoty, trwających po 2—3 tygodnie. W ten sposób powstaje krzywa ciepłoty falująca, *febris undulans*. Ilość okresowych wzniesień ciepłoty, t. zw. fal gorączkowych bywa różna, zależnie od stopnia natężenia sprawy: wreszcie gorączka niepostrzeżenie przechodzi w normalną i choroba się kończy. W przebiegu choroby występują obfite poty, towarzyszące spadkowi ciepłoty, stwierdza się powiększenie wątroby i śledziony. Częste są powikłania w postaci zapalenia stawów i nerwów, jąder i przyjądrzy. Śmiertelność wynosi około 2%.

W 1887 r. Bruce ustalił czynnik etjologiczny gorączki maltańskiej w postaci ziarenkowca, przybierającego również kształt pałeczki, który nazwał *Micrococcus melitensis*. 10 lat potem Wright wykrył we krwi chorych na gorączkę maltańską obecność aglutynin swoistych. Wreszcie w 1905 r. Zammit wykazał, że najważniejszem źródłem infekcji jest mleko kóz maltańskich, które niepostrzeżenie dla otoczenia zostają zarażone i wydzielają drobnoustroje z mlekiem i moczem. Badania wykazały, że na Malcie 40% kóz posiada we krwi aglutyniny dla ziarenkowca gorączki, 10% kóz, pozornie zdrowych, wydziela zarazki w dużej ilości z mlekiem. Dowodem rozstrzygającym, że zakażenie przenosi się przez mleko i jego przetwory jest fakt, iż po zabronieniu spożywania surowego mleka i przetworów mlecznych ilość zachorowań wśród załogi angielskiej na Malcie spadła prawie do zera, podczas gdy wśród ludności tubylczej, nieprzestrzegającej zasad higjeny, choroba sroży się nadal. W 1896 r. Bang i Stribolt wykryli zarazek, ronienia zakaźnego u bydła rogatego, t. zw. pałeczkę Banga, zaś w 1918 lekarka amerykańska Evans wskazała, że zarazek ten posiada cechy morfologiczne, hodowlane i serologiczne identyczne z ziarenkowcem gorączki maltańskiej. Na podstawie swych badań wnioskuje E v a n s, że oba drobnoustroje — gorączki maltańskiej i ronienia zakaźnego — stanowią dwie odmiany jednego gatunku, który na cześć Bruce nazwała Brucella. Odróżnia ona zatem *Brucella melitensis varietas melitensis* — zarazek gorączki maltańskiej i *Brucella melitensis varietas abortus* — pałeczka Banga. W 1921 roku B e v a n zwrócił uwagę na fakt, że w okolicach, gdzie hoduje się w wielkiej ilości bydło rogate, występuje u ludzi cierpienie, przypominające chorobę maltańską. Wyraził on wówczas przypuszczenie, że choroba owa stoi w związku przyczynowym z ronieniem zakaźnem krów. W r. 1924 K e e f e r z Baltimore w przypadku przewlekłej choroby gorączkowej wyhodował ze krwi zarazek Banga i wykazał w surowicy obecność aglutynin dla tego zarazka. Był to pierwszy przypadek choroby człowieka, wywołany przez pałeczkę Banga, ustalony serologicznie i bakterjologicznie. Sprawą gorączki falującej w Stanach Zjednoczonych zajął się Carpenter, który do 1928 r. zebrał 25 przypadków i we wszystkich, podobnie jak K e e f e r, wykazał we krwi aglutyniny dla pałeczki Banga. W jednym przypadku C a r p e n t e r wyhodował z krwi pałeczki ronienia zakaźnego; hodowlę zastrzyknął 5 cielnym krowom, które po upływie 5—20 dni poroniły. W płodach, łożyskach i macicy zwierząt stwierdzono pałeczki Banga.

W 1927 r. K r e u t e r, D i e t e l, V e i l c h e n b l a u i S t e i n e r t opisali w literaturze niemieckiej sporadyczne przypadki zakażenia pałeczką Banga u lekarzy weter. Sprawa choroby Banga stała się głośną, kiedy K r i s t e n s e n, badając surowicę osób gorączkujących na odczyn zlepny z *Bact. abortus infectiosi*, wykrył 89 przypadków choroby Banga w Danji. Od tego czasu datuje się zainteresowanie chorobą Banga i w związku z tem obfita kazuistyka przypadków zakażenia pałeczką Banga u ludzi. O chorobie Banga pisali: w Danji Kristensen, Madsen, Sjoerslev, i Per Holm, w Szwecji Kling, w Szwajcarji Löffler, Frei, w Niemczech prócz autorów wymienionych wyżej Burger, Habs, Spengler, Poppe, Hegler, Curschmann, Prausnitz, Weigmann i t. d. U nas Legeżyński spostrzegał dwa przypadki, które opisał w literaturze francuskiej [2]).

---

[1]) Badania zostały wykonane w Państwowym Zakładzie Higjeny w Łodzi (Kierownik: Dr. Tadeusz Załęski).

[2]) W języku polskim opisane w „Rozprawach Biologicznych z zakresu Med. Wet., Rolnictwa i Hodowli T. VI. 1928 wraz z epidemjologią tego schorzenia, dalszy wypadek opisał Przesmycki. Warsz. Cz. Lek. 1929. Nr. 44. (Przyp. Red.).

W 1928 r. Szymanowski sygnalizuje chorobę Banga, coraz częściej zjawiającą się na Zachodzie. W roku ubiegłym Felix ogłosił jedyny w piśmiennictwie polskiem przypadek choroby Banga, rozpoznany przez dr Freytaga z Lublina. W piśmiennictwie niemieckiem Prausnitz wzmiankuje o przypadku choroby Banga u chorego, Polaka, Schöttler zaś badał na możliwość zakażenia pałeczką Banga kobiety roniące nawykowo. Badania te przeprowadzał na Pomorzu polskiem u kobiet pochodzenia polskiego.

Patogeneza. Punktem wyjścia infekcji jest bydło rogate. Ronienie zakaźne krów jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, która w krajach rolniczych przybiera rozmiary wprost katastrofalne. Statystyka weterynaryjna podaje, że w Szwajcarji choruje 20% krów, w Anglji 30% ,w niektórych okolicach Niemiec do 80%. Zaraża się bydło przeważnie przez przewód pokarmowy, spożywając paszę, zanieczyszczoną przez mocz, mleko i wydzielinę pochwy. Zakażenie może nastąpić również per coitum. Pałeczka Banga usadawia się w błonie śluzowej macicy, wywołując jej zapalenie, które u krów cielnych prowadzi do poronienia lub przedwczesnego ocielenia. Chore krowy przez dłuższy czas lub okresowo wydzielają z mlekiem zarazki, przyczem ilość ich może być dość znaczna. Evans naliczyła do 50.000 bakteryj w cm³ mleka. U człowieka zakażenie powstaje w sposób dwojaki, drogą przewodu pokarmowego i poprzez skórę. Drogą przewodu pokarmowego przez surowe mleko i przetwory surowego mleka, jak masło, śmietana, biały ser i t. d., zawierające zarazki. Badania w Dreźnie wykazały, że 32% mleka rynkowego zawiera zanieczyszczenia w postaci *Bact. abortus*. Pałeczki Banga żyją w mleku przy 7 do 8° co najmniej 8—10 dni, w maśle do 4 miesięcy. Zakażenie drogą skórną przez zetknięcie z chorem zwierzęciem zdarza się u ludzi rzadko. W ten sposób zarażają się lekarze weter., gospodarze wiejscy oraz rzeźnicy. Zakazić się można jednorazową wielką dawką zarazków lub też wielokrotnemi małemi dawkami, jak to się zdarzyć może przy piciu surowego mleka. Do zapadnięcia na chorobę Banga konieczną jest również oprócz pałeczki Banga, jako czynnika etjologicznego, pewna skłonność osobnicza, jak w innych chorobach zakaźnych. Zarazek sam w sobie nie tłumaczy powstania choroby Banga, bowiem możliwości zakażenia jest bardzo wiele, a chorych stosunkowo mało. W wielu punktach patogeneza choroby Banga jest jeszcze niewyjaśniona; nie wiemy czemu częściej zapadają mężczyźni, niż kobiety. Na 500 przyp., zebranych przez Kristensena i Per Holma stosunek chorych mężczyzn do chorych kobiet wynosi 391:109, na materjale Klinga 46:18, Hardy'ego 63:20. Niezrozumiałe też jest dlaczego bardzo rzadko zapadają dzieci, chociaż one stanowią główny odsetek konsumentów surowego mleka.

Obraz kliniczny. Po okresie wylęgania, który trwa 2—3 tygodnie, występuje gorączka początkowo o typie ciepłoty stałej, potem zwalniającej. Gorączka sięga do 39 — 40° i stopniowo opada do wartości prawidłowych lub nieco powyżej normy. Następuje okres bezgorączkowy, trwający 10—14 dni, potem nowa fala gorączkowa i t. d. W ten sposób powstaje krzywa ciepłoty falująca, charakterystyczna dla gorączki maltańskiej i choroby Banga. Mimo przewlekłego przebiegu choroby i stanów gorączkowych, samopoczucie chorych jest bardzo dobre, łaknienie zachowane, chorzy często przybierają na wadze. Ta niewspółmierność między klinicznemi objawami a samopoczuciem i stanem ogólnym stanowi jedną z cech charakterystycznych choroby Banga. Bardzo często stwierdza się zmiany ze strony śledziony, która według Heglera jest głównem siedliskiem choroby. W miarę trwania choroby śledziona się zwiększa, na wysokości choroby jest duża i twarda i często dominuje w obrazie chorobowym. Podług Schottmüllera należy w każdym przypadku splenomegalji brać pod uwagę możliwość zakażenia pałeczką Banga, zwłaszcza, jeśli jednocześnie występuje stan gorączkowy. Równocześnie ze zmianami w śledzionie stwierdza się powiększenie wątroby. Zmiany te w układzie wątrobowo-śledzionowym mogą przetrwać infekcję pałeczką Banga, stwarzając obraz kliniczny marskości wątroby. Częste są również zmiany w narządach płciowych u mężczyzn w postaci *orchitis, epididymitis, hydrocoele*.

W chorobie Banga stwierdza się charakterystyczny obraz krwi: ogólna ilość leukocytów jest zmniejszona lub prawidłowa, neutropenia, limfocytoza (30—60%), monocytoza (do 10%) i aneozynofilja. W cięższych przypadkach spotyka się niekiedy przesunięcia obrazu w lewo. Opadanie czerwonych ciałek prawidłowe lub nieco przyśpieszone. Oprócz wymienionych objawów, które możnaby nazwać objawami zasadniczemi, pierwszorzędnemi, stwierdza się szereg innych, podrzędnych. W narządzie oddechowym — spostrzegano zapalenie oskrzeli, w układzie krążenia kilkakrotnie zapalenie wsierdzia. Nie rozstrzygnięto zagadnienia czy zapalenie wsierdzia zostało wywołane przez zarazek Banga, czy też w przebiegu choroby wystąpiło zaostrzenie sprawy starej. Często stwierdza się przy wysokiej T° zwolnienie tętna.

Przewód pokarmowy. W początku choroby stwierdzano niekiedy wysypkę pęcherzykową w jamie ustnej. Częste są skargi na zaparcie, w nielicznych przypadkach występuje biegunka oraz krwawienia z jelit. Podobnie, jak w gorączce maltańskiej częste są nerwobóle, arthralgje, niekiedy obrzęki stawowe. W moczu — niekiedy białko, w niektórych przypadkach odczyn dwuazowy dodatni. Przy zakażeniu, powstałem drogą skórną, pojawia się na skórze wysypka o charakterze rumienia wielopostaciowego krwotocznego, zapalenie skóry pęcherzycowe *(dermatitis bullosa)*, które może pozostawić po sobie blizny. Skóra jest często spocona.

Ciekawem jest zagadnienie, czy zarazek Banga, posiadający szczególne powinowactwo do narządów płciowych zwierząt wywołuje również poronienie u kobiet. Schöttler obserwował 3 kobiety wiejskie, które roniły nawykowo bez widocznej przyczyny. Wszystkie one posiadały aglutyniny dla zarazka Banga. Kristensen i Per Holm donoszą o 3 kobietach, które roniły w 4, 5, 6 miesiącu; w łożyskach stwierdzono pałeczki ronienia zakaźnego. Frei w przypadku infekcji laboratoryjnej stwierdził w upławach, które pojawiły się w 10-ym dniu choroby bakterje Banga. Badania Poppego natomiast u 50 kobiet, roniących nawykowo, nie wykazały ani razu dodatniego odczynu zlepnego z pałeczką Banga. Również Hegler uważa, że jak dotąd nie stwierdzono z pewnością poronnych właściwości zarazka w stosunku do kobiet.

Choroba trwa przeciętnie 2 i pół miesiąca, niekiedy 6 miesięcy i dłużej. Rokowanie jest bardzo dobre. Podług Simpsona i Frejzera (do 1929) ogółem opisano w literaturze światowej 10 zgonów. Należy zaznaczyć, że w ani jednym przypadku nie wykonano sekcji i jak dotąd o zmianach histopatologicznych wiemy z doświadczeń na zwierzętach.

Infekcja utajona. Podobnie jak w gorączce maltańskiej i w ronieniu zakaźnem bydła pałeczki Banga mogą tkwić w organizmie, nie wywołując klinicznie objawów choroby. Zarazek Banga po wtargnięciu *(invasio)* do organizmu wywołuje postać zakażenia (*infectio*) bez objawów chorobowych *(affectio)*. Pojęcie infekcji utajonej wprowadził do kliniki choroby Banga Spengler. Autor ten badając otoczenie chorych, stwierdził w kilku przypadkach dodatnią aglutynację bez jakichkolwiek objawów podmiotowych lub przedmiotowych. Anamnestycznie również nie można było zebrać danych, świadczących o przebyciu niegdyś choroby Banga. Dalsze badania potwierdziły fakt istnienia postaci bezobjawowej choroby Banga. W pewnych warunkach sprzyjających, pod wpływem innych przyczyn, np. przygodnej choroby, urazu i t. d. infekcja ze stanu utajenia może przejść w jawny. W przyp. Dietla ujawnienie nastąpiło po 2 latach od chwili zakażenia na skutek błędu dietetycznego, w 2 przypadkach Veilchenblau'a raz z powodu zapal. oskrzeli, drugi raz z powodu urazu, w przyp. zaś Spenglera i naszym chorobę ujawnił dur brzuszny.

Diagnostyka bakterjologiczna. Rozpoznanie kliniczne choroby Banga musi zostać potwierdzone drogą badań serologicznych i bakterjologicznych. Z metod bakterjologicznych posiew krwi rzadko daje wyniki dodatnie, ponieważ pałeczki Banga, jako względne beztlenowce wymagają w pierwszych pokoleniach specjalnych warunków dla wzrostu. Bakterje można wykryć również w ten sposób, że krew osobników chorych zastrzykuje się dootrzewnowo morskim świnkom i po 7—15 tygodniach szuka się w zmianach narządowych pałeczek. Dla przyspieszenia badania można po 10—14 dniach badać krew świnek morskich na odczyn zlepny, przyczem miano 1/50 świadczy o wyniku dodatnim. Najłatwiejszą metodą laboratoryjną stanowi odczyn zlepny surowicy z bakterjami Banga. Aglutyniny pojawiają się zwykle w końcu pierwszego tygodnia, niekiedy jednak wskutek słabego odczynu antygenowego ustroju ilość ich we krwi stopniowo wzrasta i próba aglutynacyjna staje się dodatnia dopiero po pewnym czasie. Niekiedy stwierdza się t. zw. niemą strefę aglutynacji. Surowica nie zlepia bakteryj w niskich rozcieńczeniach, natomiast w wysokich aglutynacja wypada dodatnio. Dla choroby Banga, tak samo jak w gorączce maltańskiej, charakterystyczne jest wysokie miano, wzrastające w miarę trwania choroby. Miano 1/100 przy odpowiednich objawach klinicznych świadczy o chorobie Banga. Badania na dużym materjale wykazały, że aglutynacja bakteryj Banga jest odczynem swoistym o swoistości tej samej co aglutynacja w innych chorobach zakaźnych (dur, paratyfusy). Surowica chorych zlepia również zarazki gorączki maltańskiej, ale przy mianie nieco niższem, niż pałeczki Banga. Współaglutynacji dla duru, paratyfusu, X_{19} nie spostrzegano. Jeśli jednocześnie występuje aglutynacja z innemi drobnoustrojami przy odpowiednio wysokiem mianie, to zachodzi podejrzenie infekcji mieszanej. Obok odczynu zlepiania metodą najczęściej stosowaną w serodjagnostyce choroby Banga jest odczyn wiązania dopełniacza. Miarodajne jest zahamowanie hemolizy przez 0,1 lub 0,05 surowicy nieczynnej. Reakcja jest swoistą, jednak podobnie jak aglutynacja utrzymuje się lata

całe po przebytej chorobie. Dla ustalenia rozpoznania choroby Banga można użyć odczynu allergicznego, polegającego na tem, że doskórnie wprowadza się wyciąg z zabitych bakteryj Banga lub według Poppego przesącz bakteryjny. U osobników zakażonych powstaje odczyn ogólny i miejscowy, podczas gdy osoby zdrowe reagują jedynie nieznacznym obrzękiem miejscowym.

Rozpoznanie choroby Banga jest ustalone zatem wtedy, gdy z jednej strony mamy obraz kliniczny choroby, z drugiej zaś dodatnie wyniki badań serologicznych lub bakterjologicznych. Jednostronna ocena wyników serologicznych dla rozpoznania choroby jest niewystarczająca, bowiem aglutynacja i odczyn wiązania dopełniacza występują również w infekcji utajonej i po przebytej chorobie Banga.

Leczenie. Sąd o wartości postępowania leczniczego w chorobie Banga jest bardzo utrudniony, ponieważ choroba w większości przypadków kończy się wyleczeniem samoistnem. Stosowano salicylaty, chininę, neosalvarsan, trypaflavinę, preparaty srebrowe i t. d., ale naogół chemoterapja zawiodła. Na podstawie dodatnich wyników, otrzymanych przy leczeniu ronienia zakaźnego u bydła, przystąpiono do stosowania u ludzi szczepionek z zabitych lub żywych bakteryj Banga. Często występują żywe odczyny poszczepienne, które nakazują ostrożność w dawkowaniu.

Zapobieganie. W Danji obowiązuje ustawa, zabraniająca sprzedaży mleka przez 3 miesiące od daty poronienia. Środkiem najskuteczniejszym jest gotowanie mleka lub pasteuryzacja, która zabija pałeczki Banga. Przy możliwości zakażenia drogą skórną konieczna jest profilaktyka osobista w postaci odkażania rąk, używania rękawiczek gumowych i t. p. Zapobieganie infekcji pałeczką Banga u ludzi stoi w ścisłym związku ze zwalczaniem ronienia zakaźnego bydła.

Choroba Banga a gorączka maltańska. Zaznaczyliśmy poprzednio, że *Bact. abortus* i *Micrococcus (Bact.) melitensis* są ze sobą blisko spokrewnione i stanowią dwie odmiany jednego gatunku. Przy obecnym stanie wiedzy i techniki bakterjologicznej nie umiemy obu tych drobnoustrojów odróżnić od siebie. Różnice polegają jedynie na cechach chorobotwórczych: *Bact. abortus* wywołuje ronienie zakaźne u bydła, rzadko u ludzi chorobę Banga: *micrococcus melitensis Bruce (Bact. melitense)* wywołuje często u ludzi gorączkę maltańską, niekiedy zaś zmiany u kóz. Niektórzy autorzy jednak, jak Bastai, Nicolle, Ostertag i t. d. zaprzeczają istnieniu właściwości chorobotwórczych zarazka Banga dla ludzi. Uważają oni, że chorobę falującą wywołuje jedynie ziarenkowiec gorączki maltańskiej, który nabył cech chorobotwórczych dla bydła, stąd gorączka maltańska w krajach, gdzie niema kóz. Naogół są to zdania odosobnione, obecnie uważa się bowiem, że zarazek Banga posiada cechy chorobotwórcze dla człowieka, jakkolwiek w słabym stopniu zaznaczone.

Objawy choroby Banga i gorączki maltańskiej są prawie identyczne. Dlatego też niektórzy autorzy na podstawie podobieństwa etjologicznego i klinicznego obejmują obie sprawy chorobowe wspólnym terminem gorączki falującej.

Piśmiennictwo:

Bastai: M. m. W. 1927, str. 2141. — Bock: D. m. W, str. 1733. — Bürger: M. m. W. 1928, str. 754. — Curschmann: M. Kl. 1929, str. 1704. — Darsin: Zbl. f. Bakt. Orig. 1930, Bd. 115. str. 457. — Dietel: M. m. W. 1927, str. 1704. — Eyre: Bdb. pathog. Mikroorganismen, Fischer 1912, Bd. IV. — Felix: P. G. L. 1929. Nr. 18. — Fleischmann u. Raddatz: D. m. W. 1929, str. 825 — Habs: Kl. W. 1928. 453. — Hegler: Kl. W. 1930, Nr. 36. — Hottinger: Kl. W. 1930. Nr. 37. — Kohlmann: M. m. W. 1929, str. 562. — Kreuter: Kl. W. 1927, str. 1380. — Kristensen: Zbl. f. Bakt. Orig. 1928, str. 89. — Kristensen u. Per Holm: Zbl. f. Bakt. Orig. 1929, str. 281. — Ledoux et Clerc: Presse Med. 1928, str. 264 — Ledoux, Archer et Clerc: Bull. Soc. Med. Hop. 1928, — Legeżyński: C. r. Soc. Biol. 1928, str. 919. — Lotze u. Wichels: Zeitschr. f. klin. Med. 1930, Bd. 114 — Nagorsen: M. Kl. 1929, str. 714. M. Kl. 1930, str. 1476. — Poppe: M. m. W. 1929, str. 703, Die Bangsche Krankheit w Brugsch: Erg. gesamt Med., 1930. — Prausnitz: M. Kl. 1929, str. 135. — Rimpau u. Steinert: M. m. W. 1929, str. 1209. — Rimpau: Ther. d. Gegenw. 1929, str. 487. — Rosin u. Elkeles: D. m. W. 1929, str. 1640. — Silberstein: D. m. W. 1929, str. 1306 — Sjoerslev: D. m. W. 1928, str. 1923. — Spengler: W. kl. W. 1928, str. 1709, — Spengler: Die Bangsche Krankheit, 1929, Urban u. Schwarzenberg. — Urbach: W. kl. W. 1929, str. 391. — Szymanowski: P. Czas. Lek. 1928, Nr. 20. — Veilchenblau: M. m. W. 1927, str. 1705. — Weigmann: Kl. W. 1929, str. 351. — Wendt: M. m. W. 1929, str. 149, — Wiltschke: W. kl. W. 1929, str. 686.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Walerjan KOWENICKI. Kraków.

Z kazuistyki rzadszych form kiły późnej w dobie obecnej.

Gdy jeszcze z końcem ubiegłego stulecia widywało się zwłaszcza w szpitalu, ale nierzadko w praktyce prywatnej ciężkie przypadki kiły późnej skóry i kości, a niekiedy i narządów wewnętrznych (nie mówię tu o kile późnej, względnie chorobach pokiłowych narządu mózgowo-rdzeniowo-nerwowego, to od czasu wprowadzenia w tej chorobie leczenia przewlekle powtarzającego się, a przedewszystkiem po wiekopomnem odkryciu salwarsanu przez P. Ehrlicha wypadki kiły późnej widuje się rzadziej w praktyce prywatnej, niż poprzednio.

Wyjątek stanowi *mesaortitis luetica*, którą po wojnie częściej obserwujemy, niż poprzednio; może dzięki pracom Prof. H. Schlesingera i innych nauczyliśmy się chorobę tę wcześniej rozpoznawać.

Z naszych autorów tematem tym zajmywali się Prof. A. Głuziński i Prof. L. Korczyński i inni.

Po tych wstępnych uwagach przystępuję do opisu dwu przypadków kiły późnej z mojej praktyki prywatnej.

1) N. N., lat około 55, matka kilkorga dorosłych, zdrowych dzieci, chora od kilkunastu lat na owrzodzenia kończyny dolnej lewej, zajmujące całą stopę lewą, podudzie powyżej kolana. *Lues negatur*. Leczona dotąd z rozpoznaniem gruźlicy skóry przez kilkunastu lekarzy, bez żadnego polepszenia ma się poddać z polecenia chirurga ostatecznie wysokiej amputacji kończyny dolnej lewej.

Chora blada, w prawym szczycie płuca stare zagęszczenie, serce bez zmian, jak również narządy jamy brzusznej.

Kończyna dolna lewa od stopy powyżej kolana bardzo obrzękła, pokryta ranami drążącemi w głąb i mnogimi strupami. Poleciłem nogę kilkakrotnie wykąpać w ciepłym rumianku, by oddalić strupy, wstrzymać amputację kończyny i zarządziłem naradę lekarską z kolegą dermatologiem.

Po oddaleniu strupów z powierzchni skóry widać owrzodzenia większe i mniejsze, o brzegach ostrych, powierzchni gładkiej, wydzielającej ciecz gęstą, ropiastą, poprzegradzane obrzękłemi wałami skóry, gdzieniegdzie miejsca zagojone, pokryte tkanką łączną, atoniczną, lśniącą, niektóre owrzodzenia krwawiące.

Chora przez lat kilkanaście używała bez widocznego skutku różnorodnych maści.

Przepisaliśmy po naradzie lekarskiej natr. jodat. 10.0 : 200.0 3 łyżki stołowe dziennie i maść z hydrarg. praecip. albi 5%, polecając przykładać ją tylko na miejsca, bardziej chorobowo zajęte, przemywać nogę rozczynem wody utlenionej i płukać usta wodą utlenioną.

Po tygodniu takiego leczenia obaj skonstatowaliśmy wybitne polepszenie, rany gojące się, a obrzęk nogi znacznie mniejszy. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik dodatni. Przepisaliśmy wcieranie maścią rtęciową i wewnętrznie natr. jodat. równocześnie. Chorą pozostawiłem w leczeniu u kolegi dermatologa.

W kilka miesięcy potem chora odwiedziła mię w czasie godziny ordynacyjnej po kilkunastoletniem niewychodzeniu z domu. Znalazłem kończynę lewą zupełnie zagojoną, pokrytą blizną prawidłową, a chorą ogólnie zdrową, dobrze wyglądającą. Poleciłem chorej leczenie specyficzne co pół roku powtarzać pod kontrolą lekarską.

W dwa lata potem wezwany do tej chorej celem narady lekarskiej dowiedziałem się, że chora leży od kilku tygodni z powodu bólów wątroby, że od kilku tygodni pije wodę karlsbadzką, mimo to czuje się coraz gorzej. Badanie wykazuje: Badana przedstawia obraz ciężko chorej, skóra całego ciała o odcieniu żółto-zielonym, ciepłota ciała 38° C, tętno około 120, język obłożony, w narządach klatki piersiowej zmian niema. Brzuch wzdęty, wątroba powiększona, o powierzchni nierównej, guzowatej, guzy konsystencji nietrwałej miernie bolesne, dolny brzeg wątroby okrągły, miejscami nierówny, guzowaty. Śledziona wypukiem powiększona, macalna.

W jamie brzusznej nieco płynu wolnego. Stopy w dole przy kostkach obrzękłe.

Żadnych gruczołów, ani w obu dołkach nadobojczykowych, ani w pachwinach wykazać nie można.

Mimo znanych antecedencjów rozpoznanie mogło się wahać między nowotworem, a kilakami wątroby.

Szybki przebieg choroby, niewielka bolesność guzów, konsystencja nie trwarda, a przytem wyraźny obrzęk śledziony przemawiały raczej za *hepatitis gummosa*.

Wstrzymano picie wody karlsbadzkiej i przepisano wcieranie ung. ciner. i branie wewnętrznie natr. jod.

Użycie salwarsanu w tym wypadku było niebezpieczne. Bizmut podówczas nie był jeszcze w użyciu, być może, że właśnie bizmut byłby chorą uleczył.

Chora mimo specyficznego leczenia w ciągu dwu tygodni wśród ciężkiej cholemji zakończyła życie.

2) X. Y. mężczyzna, lat około 52, żonaty, ojciec kilkorga zdrowych dzieci. Przed 27 laty infekcja luetyczna; leczony był wtedy kilkakrotnie wcieraniami rtęciowemi, w kilka lat potem owrzodzenie na wierzchu nosa. Wówczas również przerabiał wcierania. Od kilku tygodni skarży się na brak apetytu, kwaśne odbijania, wymioty treścią kwaśną, ból w okolicy żołądka, zwłaszcza po jedzeniu. W ostatnim czasie bardzo zeszczuplał. Badanie wykazuje: na nosie blizna o nieregularnych konturach, owalna o średnicy około 4 cm. Na szczęce dolnej po stronie lewej w okolicy zębów trzonowych (brak wszystkich zębów szczęki dolnej) zgrubienie bolesne, na dziąśle przetoka wydzielająca ciecz ropiastą. Roentgen wykazuje sekwestr w szczęce dolnej, w tem miejscu. Źrenica prawa szeroka, raczej owalna, lewa bardzo wąska, na światło nie oddziaływują. Tony serca głuche. Płuca bez zmian. Badanie żołądka wykazuje w okolicy odźwiernika guz, wielkości małego jaja kurzego, mało bolesny, nietwardy, gładki, żołądek rozszerzony. Wątroba i śledziona wypukiem powiększona. Odruchy kolanowe silnie wzmożone, odruch ścięgna Achillesa obustronnie zniesiony.

Badanie Roentgenem daje obraz guza, w okolicy odźwiernika z rozpoznaniem „prawdopodobnie raka żołądka".

Badanie treści żołądka zwymiotowanej wykazuje wolny kwas solny w wielkiej ilości, ogólna kwasota wysoka.

Badanie kału po kilkodniowej diecie bezmięsnej wykazuje krew utajoną. Chory miał później kilkakrotnie wymioty treścią krwawą, a następnie kilka razy czarny stolec. — Odczyn Wassermanna ujemny.

Przepisałem: Leżenie spokojne w łóżku, dietę ściśle płynną t. j. śmietankę z mlekiem po połowie w małej ilości co 2 godziny aż do ustąpienia krwawienia. Wewnętrznie brał chory: *natr. bicarb., magnes. ust.* āā15.0, *Calcii carbon.*, 10.0, *Extr. belladon* 0.40 — kilka razy dziennie po pół łyżeczki herbacianej. Choremu radziłem przy pierwszem badaniu leczenie specyficzne bizmutem, któremu to leczeniu chory na razie się sprzeciwił.

Stan chorego wśród tego leczenia nie poprawiał się, — nieduże, ale ciągłe bóle żołądka, brak apetytu, kwaśne odbijania, dający się wykazać guz w okolicy odźwiernika.

Wobec tego zastosowałem śródmięśniowo wstrzykiwania neobismosalvanu (Richter) (jod-chinin-bismut-lecitin) à 2 cm³ 3 razy tygodniowo.

Już po trzech injekcjach chory przestał wymiotować, dietę znosił obecnie znacznie liberalniejszą. Po piątej injekcji chory wyjął palcami sekwestr kostny ze szczęki dolnej, długości pół cm, grubości pół mm, poprzednio stwierdzony Roentgenem.

Po szóstej injekcji chory wstał z łóżka i odtąd przychodził do mnie w celu brania injekcji neobismosalvanu.

Injekcje te znosił doskonale miejscowo i ogólnie. Badanie moczu nigdy nie wykrywało choćby śladów białka. Jama ustna bez zmian.

Po czternastej injekcji neobismosalvanu guza nie można było wyczuć w dawnem miejscu żołądka — chory przy ucisku w tem miejscu odczuwa lekką tkliwość. Ogólnie ma się doskonale.

Zrobiłem jeszcze dwie injekcje śródmięśniowe neobismosalvanu à 2 cm³ i tem zakończyłem leczenie. — Od leczenia neobismosalvanem minęło półtora roku. Leczenie to powinno było być powtórzone. Mimo to chory od czasu tego leczenia niema żadnych przypadłości żołądkowych i guza nie wyczuwa się w okolicy żołądka.

Reasumując przebieg choroby i leczenie w obu tych niecodziennych wypadkach podnieść należy: 1) W pierwszym wypadku owrzodzenie kiłowe trzeciorzędne skóry stopy i całego podudzia lewego powyżej kolana, trwające lat kilkanaście, było traktowane i leczone bezskutecznie przez kilkunastu lekarzy jako gruźlicze cierpienie skóry; 2) Wobec tego postanowiono amputację kończyny dolnej lewej powyżej kolana, na którą to operację chora się zgodziła; 3) *Ex iuvantibus* po braniu przez chorą przez tydzień n. jod. i stosowaniu na ranę maści precipitatowej zostało ustalone należyte rozpoznanie, potwierdzone przez wybitnie dodatni odczyn Wassermanna; 4) Przez wcieranie *ungn. ciner.* i branie wewnętrznie n. jod. rozpaczliwa kilkunastoletnia choroba uleczyła się w kilku tygodniach; 5) Chora mimo polecenia leczenia specyficznego nie powtarzała; 6) W dwa lata potem wśród zupełnego zdrowia nagle powstała *hepatitis gummosa* w kilka tygodniach mimo wcierań i n. jodat. sprowadziła zejście śmiertelne chorej.

W drugim wypadku u chorego po infekcji luetycznej w lat 27, z odczynem Wassermanna ujemnym, z objawami *tabes incipiens* (wybitny Argyll-Robertson i zniesione obustronnie odruchy ścięgna Achillesa przy wygórowanych odruchach kolanowych) w okolicy odźwiernika guz wielkości jaja kurzego, mało bolesny, gładki, nietwardy, który po 14 injekcjach śródmięśniowych neobismosalvanu à 2 cm³ w zupełności ustępuje. Sprawa chorobowa szczęki dolnej była prawdopodobnie również natury luetycznej.

Chory po piątej injekcji neobismosalvanu wyjął sekwestr kostny palcami, a przetoka, długo przedtem trwająca, rychło się zagoiła.

Oba wypadki nasuwają, logicznie rzecz biorąc, myśl, że w wątpliwych sprawach należałoby zastosować leczenie przeciwluetyczne, które, lecząc chorego równocześnie ustala rozpoznanie choroby.

Od czasu wprowadzenia do leczenia spraw luetycznych bizmutu, mniej niebezpiecznego, jak rtęć i preparaty salwarsanu, a nawet jak stowarsol, — często badając mocz chorego, można prócz jodu bizmut zastosować. U osób w wieku podeszłym, wynędzniałych, chorych na *endocarditis*, na nowotwór, leczenie zwłaszcza rtęciowe i salwarsanem może przyśpieszyć zejście śmiertelne.

Prócz tego w wypadkach nowotworu przez próbę *„ex iuvantibus"* można zaniedbać czas do korzystnego zabiegu operacyjnego.

Również dodać należy, że w sposobie leczenia i doborze środków w późniejszych sprawach luetycznych należy być bardzo ostrożnym i trzymać się zasady, że trzeba leczyć chorego człowieka, a nie chorobę i starać się postępować *„in certis fortiter, in dubiis prudenter"*, ale zawsze: *„primum, non nocere!"*.

Bezpośrednio przed oddaniem do druku moich spostrzeżeń znalazłem w czasopiśmie Medizin. Klinik Nr. 42, z dnia 17 października 1930 r., wyczerpującą i pouczającą pracę z uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej Prof. Pels Leusdena w Gryfii (Greifswald): „Die klinische Diagnose der hypertrophischen Magenlues, von Dr. Heinz Baumecker", pracę, którą naprawdę warto przestudjować.

Dr. L. DAUM. Lwów.

Trzy przypadki włókniaków macicy w czasie ciąży i porodu.

Sanatorjum położniczo-ginekologiczne „Salus".

Badając ciężarną rodzącą lub też po odbytym porodzie, wyczekując na odejście łożyska, wyczuwamy większe lub mniejsze włókniaki na powierzchni macicy, a zależnie od umiejscowienia ich w stosunku do ściany macicy, rozmaite jest ich znaczenie dla ciąży i połogu.

Zmiany w krążeniu i zależne od tego zmiany na błonie śluzowej macicy w przypadkach mięśniaków podśluzowych i niektórych śródściennych, bliżej śluzówki leżących, stanowią przeszkodę w zapłodnieniu, albo też kiedy to nastąpiło, w wszczepianiu się jaja płodowego w śluzówkę, zmniejszając płodność kobiet, cierpieniem tem dotkniętych.

W przypadkach, w których ciąża zaistniała, a włókniaki usadowione są bliżej śluzówki, powstają często zboczenia w umiejscowieniu i rozwoju łożyska, wywołując albo przerwanie ciąży, albo powstanie łożyska przodującego. W 3-cim okresie porodowym, występują łatwo krwotoki, albo z silnie unaczynionej doczesnej albo też niedostateczna kurczliwość włókniakowato zwyrodniałej ściany macicy, jest ich przyczyną.

Włókniaki śródmiąższowe i podsurowicze są przyczyną zaburzeń w drugim okresie porodowym. Rozciągnięcie miąższu macicy, przez włókniaki śródścienne powoduje utratę kurczliwości ścian, co prowadzi do osłabienia bólów porodowych. Fizjologiczne przekrwienie w czasie ciąży, powoduje szybkie i znaczne powiększenie włókniaków, objawiające się w przepojeniu surowiczem utkania włókniaków, właściwy przerost włókien jest nieznaczny, czego dowodem szybkie zmniejszenie rozmiarów włókniaka w czasie połogu.

Szybkie zaciśnięcie światła naczyń w macicy, w okresie połogowym, prowadzić może do upośledzenia w odżywianiu, w następstwie tego do zgorzeli i zropienia włókniaków.

Wyłuszczone powyżej powikłania w czasie ciąży, porodu i połogu zmuszają do wkroczenia operacyjnego, a wskazania do niego wedle R o s n e r a są następujące:

a) jeżeli nowotwór w pierwszych miesiącach ciąży bardzo szybko rośnie, tak, że łatwo przewidzieć można groźne następstwa, jakie wyniknąć muszą z tego wzrostu w dalszych miesiącach;

b) jeżeli guz chociażby niewielki, wywołuje objawy uwięźnienia i pomimo usiłowań odprowadzić się nie daje;

c) jeżeli rozwinąwszy się w szyi wywołuje grożące krwotoki, tak, że wyczekiwanie końca ciąży chociaż bardzo pożądane, może się stać dla matki niebezpieczne;

d) jeżeli nowotwór obumarł i grozi posocznica.

Wybór sposobu operacyjnego, zależeć powinien od warunków jakie znajdziemy, a pamiętać należy o zdrowiu matki, ocaleniu dziecka i o ile to możliwe o zachowaniu macicy, nie należy jednak pozostawiać nowotworowo zmienionej, niezdolnej do poczęcia i porodu macicy, pozostawiając natomiast zawsze jajniki. Przypadki, które miałem sposobność obserwować i operować, są poniekąd różne, bo jeden z nich dotyczył chorej na początku, a dwa drugie, na końcu ciąży.

R. F. lat 37, zamężna, l. prot. 93/927, zamężna półtora roku, regularności prawidłowe, ostatnia przez 3 miesiącami.

Lekarz, który ją badał, stwierdził guz w jamie brzusznej. Stan płuc i serca prawidłowy. Brzuch wysklepiony, przez guz twardy o powierzchni nierównej wychodzący z miednicy małej. Srom i pochwa sino zabarwiona. Macica powiększona, odpowiada wielkością 3 m. ciąży, na powierzchni nierówna, nad macicą wyczuwalny dolny odcinek guza powyżej opisanego, pozostający z nią w łączności. Guz wielkości głowy dorosłego człowieka, o powierzchni guzowatej, nierównej, ruchomy, przy uniesieniu ku górze, pociąga za sobą macicę.

Rozpoznałem: *graviditas III mens. uterus fibromatosus, fibroma pendulum uteri magnitudinis capitis.*

W narkozie eterowej otwarłem jamę brzuszną, i po wytoczeniu guza na zewnątrz, stwierdziłem, że pozostaje on w związku z macicą, zapomocą szypuły szerokiej na dwa, a grubej na palec, po przecięciu klinowem szypuły, zespolenie i pokrycie otrzewna, poszło łatwo. Wyłuszczenie trzech małych włókniaków, w ścianie macicy niegłęboko tkwiących, nie przedstawiało też żadnych trudności, dodatkowo *appendectomia.*

Szew trzypiątrowy powłok brzusznych, badanie drobnowidowe wykazało utkanie włókniakomięśniaka.

Przebieg pooperacyjny gładki, skurczów macicy, krwawienia z macicy nie było, w 20 dni po operacji chora opuściła zakład.

W 6 miesięcy później, wezwany do chorej, stwierdziłem rozpoczęty poród, położenie CZ II, główka przyparta do miednicy małej, chora udała się na klinikę, celem odbycia tam porodu.

S. R. lat 35, l. prot. 221/928, operowana w roku 1922 z powodu włókniaków macicy, rodziła w roku 1923 w położeniu nóżkowem, a z powodu włókniaka nisko usadowionego i stąd powstałej przeszkody porodowej, płód kawałkowany. Obecnie poraz drugi w ciąży w 9 mies. księżyc., od kilku godzin nieznaczne bóle w macicy i krwawienie. Wezwany na naradę, stwierdziłem przy badaniu wewnętrznem włókniak pozostały po przebytej operacji, który przy porodzie poprzednim stworzył przeszkodę porodową, taką, że musiano wykonać kawałkowanie płodu, przylega do lewej ściany macicy, spychając ciężarną część macicy na prawo a dolnym swoim odcinkiem prawie że zamyka miednicę małą.

Palcem wprowadzonym do ujścia wyczuwa się zrazy łożyska.

Rozpoznanie: *graviditas IX mens. foetus vivus fibroma uteri parietis sinistri, placenta praevia centralis.*

Otwarcie jamy brzusznej w uśpieniu eterowem. Wyciąłem bliznę po poprzedniej operacji, po nacięciu ściany macicy, wydobyłem płód płci żeńskiej wagi 2200 g, poczem nie wyjmując łożyska, zamknąłem kulociągami jamę macicy, i po podwiązaniu więzów obłych i nalewkowo miednicowych, i odpreparowaniu pęcherza moczowego i podwiązaniu tętnic macicznych, wykonałem w typowy sposób odcięcie macicy nadpochwowe, pozostawiając jajniki. Szwy węzełkowe na kikut macicy, zaotrzewnienie, szew trzypiątrowy powłok brzusznych. W trzy tygodnie po operacji chora opuściła zakład.

Dziecko niedonoszone, oddane do szkoły pielęgniarek prof. Groera rozwija się dobrze, przybiera na wadze.

M. A. lat 33, rodziła raz przed 6 laty, zgłasza się w 6 miesiącu ciąży, z zapytaniem, czy może donosić ciążę, mając na macicy włókniaka.

Przy badaniu stwierdzić można macicę sięgającą do pępka, miękką, elastyczną, a badaniem dwuręcznem po stronie lewej macicy wyczuwalny włókniak płaski, szeroką powierzchnią na macicy usadowiony, sięgający dolnym odcinkiem powyżej ujścia wewnętrznego macicy.

Biorąc pod uwagę usadowienie włókniaka, nabrałem przekonania, że w czasie porodu wysunie się ku górze i przeszkodą porodową nie będzie co się też i stało, — bo poród odbył się zupełnie prawidłowo siłami przyrody, w miarę rozwierania się ujścia i skracania szyi, a obniżania główki, włókniak posuwał się ku górze i w porodzie płodu nie przeszkadzał. Odejście łożyska, połóg prawidłowy bez powikłań.

Przypadki trzy przytoczone powyżej usprawiedliwiają zapatrywanie, iż w czasie ciąży przy istniejących włókniakach, operacyjnie wkraczać należy wtenczas, jeżeli mamy przekonanie, że operacja jest konieczna i nie doprowadzi do przerwania ciąży, zresztą czekać na prawidłowy początek porodu i o ile włókniak jest usadowiony w pobliżu wchodu miednicy a ku górze wysunąć się nie daje, wykonać cięcie cesarskie; — nie starać się zabiegami położniczemi przeprowadzić płód przez wchód miednicy małej zwężony włókniakiem bo zawsze to się skończy śmiercią płodu.

Dr. L. DAUM. Lwów.

O błoniastym przyczepie pępowiny.

Z Sanatorium położniczo-ginekologicznego „Salus" we Lwowie.

Przyczep pępowiny, jak wiemy, może być środkowy, odśrodkowy i brzeżny, wszystkie, dla przebiegu porodu i rokowania dla dziecka obojętne. Kliniczne znaczenie ma przyczep błoniasty, w którym to wypadku pępowina przyczepiona jest nie do łożyska, ale do błon płodowych czasem naprzeciw łożyska, a wtenczas trzy naczynia pępowinowe nie osłonięte galaretą Wartona, przebiegają pomiędzy owodnią a doczesną, zakreślając dość znaczne łuki, do brzegu łożyska.

Niebezpieczeństwo grożące płodowi, polega na tem, że przy pęknięciu pęcherza płodowego, może wraz z pękającemi błonami, ulec rozdarciu jedno z naczyń, albo i cały przyczep, powstaje krwotok i śmierć płodu.

Rozpoznanie w tych przypadkach nie jest zbyt ciężkie, bo wśród zupełnie normalnie przebiegającego porodu, nagle z chwilą pęknięcia pęcherza płodowego, równocześnie z ulaniem się wód płodowych, rozpoczyna się krwawienie z przedartej żyły lub tętnicy pępowinowej, które niechybnie prowadzi do śmierci płodu.

Rozpoznanie przed pęknięciem pęcherza, opiera się na niemożności przesunięcia palcem, tętniącego sznura z zajmowanego miejsca. Co do postępowania w tych przypadkach to radzą, albo nastawiwszy ujście macicy wziernikami przebić pęcherz płodowy pod kontrolą wzroku, omijając jak najdalej naczynia pępowinowe, albo też wprowadzić balon do pochwy, by tym sposobem powstrzymać wypadanie naczyń. Jest to jednak postępowanie obosieczne, gdyż między prowadzonym balonem a częścią przodującą płodu, może łatwo powstać całkowite zaciśnięcie światła rozszczepionych naczyń, a co za tem idzie, śmierć płodu. Leczenie polegać może na szybkiem ukończeniu porodu, o ile warunki na to pozwalają, pamiętać jednak należy, ażeby przy wątpliwym wyniku zabiegu ze względu na płód, nienarażać jeszcze i rodzącej. Podwiązanie naczynia krwawiącego po odsłonięciu wziernikami, może prowadzić do celu o ile przerwaniu uległa jedna z tętnic pępowinowych.

Podobny przypadek miałem sposobność obserwowania u siebie w Sanatorjum. O godzinie 7-mej rano, wezwany zostałem do Sanatorjum z uwiadomieniem, że z polecenia jednego z kolegów przywieziona została rodząca ze znacznem krwawieniem z części rodnych. P. E. E. lat 30, przyjęta do L. prot. 21/930 rodzi od wieczora dnia poprzedniego, po pęknięciu pęcherza płodowego, krwawienie, podejrzenie na łożysko przodujące, lub przedwczesne odklejenie łożyska normalnie usadowionego.

Stwierdziłem u niej stan następujący: rodząca o lichej budowie ciała. C. I. CZ. II. główka jeszcze znacznym odcinkiem badalna nad wchodem, tętna płodu nigdzie wysłuchać nie można, ruchów płodu wyczuć nie można i rodząca również ich nie wyczuwa. Skurcze macicy prawidłowe, napięcia jednostajnego, ścian macicy stwierdzić nie można. Krwawienie z części rodnych znaczne.

Badaniem wewnętrznem stwierdzić można, ujście macicy prawie zupełnie rozwarte, łożyska przodującego ani też brzegów jego nigdzie wyczuć nie można. Ze względu na to, że główka wstawiała się do wchodu miednicy małej, krwawienie z części rodnych się zmniejszało, a tętna płodu i ruchów nie było, tętno zaś matki było dobre, pozostawiono dalszy poród siłom przyrody. W trzy godziny urodziła rodząca płód nieżywy, skrwawiony.

W 45 minut po porodzie odeszło łożysko i przy oglądaniu go, stwierdzono przyczep pępowiny błoniasty na odwrotnem biegunie jaja płodowego jak łożysko, a przedarcie błon płodowych nastąpiło w miejscu przebiegu naczyń pępowinowych, przyczem wraz z błonami uległy rozdarciu dwa naczynia pępowinowe. Łożysko odesłałem Prof. Dr. Bocheńskiemu na klinikę celem demonstracji.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. K. PARFANOWICZ. Kraków.

Zapadalność, umieralność i śmiertelność na dur brzuszny w państwach europejskich, Japonji i Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej.

Uwzględnionemi tu zostały 34 kraje europejskie, pozostające w stałym kontakcie z biurem sanitarnem Ligi Narodów, a z państw pozaeuropejskich tylko dwa, wymienione w nagłówku. W rzeczywistości należy do biura sanitarnego Ligi Narodów o wiele więcej krajów, a to prawie wszystkie kolonje angielskie (t. zw. Dominions), kolonje innych państw, oraz dużo samodzielnych państw pozaeuropejskich. Sprawozdania sanitarne złożyło 29 państw (z 35 administracjami sanitarnemi) i zostały one ogłoszone w „Raporcie epidemjologicznym", wydawanym comiesięcznie i corocznie. Z roczników 1925, 1926 i 1928 tego raportu miałem sposobność korzystać.

Ważną przeszkodę w zestawianiu statystyki porównawczej duru brzusznego stanowi jednak nieuzgodnienie zasad, normujących takie zestawienia. I tak niektóre państwa (np. Hiszpanja) podają tylko ilość zgonów, inne zaś (np. Włochy, Łotwa, Estonja, Sowiety), tylko ilość zachorowań na dur brzuszny. Prawie wszędzie brak danych o zachorowalności, umieralności i śmiertelności duru brzusznego, to też należało te dane obliczyć na podstawie cyfr podanych, celem umożliwienia porównania.

Niemniejszem utrudnieniem było podawanie przez większość państw statystyki duru brzusznego razem z durami rzekomemi. Tylko Japonja, Belgja, Danja, Estonja, Finlandja, Łotwa, Szwajcarja i Czechosłowacja prowadzą odrębną statystykę durów rzekomych, co bardzo przeszkadza w porównywaniu danych statystycznych. Celem uniezależnienia się od tej różnicy zestawiłem tabelę porównawczą zachorowań na dur brzuszny i dury rzekome w siedmiu wymienionych państwach europejskich za rok 1926:

Zachorowań w roku 1926 na:

	Belgja ilość	Belgja %	Danja ilość	Danja %	Estonja ilość	Estonja %	Finlandja ilość	Finlandja %	Łotwa ilość	Łotwa %
dury rzekome:	122	11	96	28	250	23.7	664	42.7	10	1
dur brzuszny:	991	89	247	72	804	76.3	891	57.3	997	99

	Szwajcarja ilość	Szwajcarja %	Czechosłowacja ilość	Czechosłowacja %
dury rzekome:	87	26.7	87	1.26
dur brzuszny:	328	73.3	6749	98.74

Na podstawie tej tabeli obliczona średnia procentowość zachorowań wynosi 78% duru brzusznego i 22% durów rzekomych.

Statystykę duru brzusznego podaję w 2 tabelach. Pierwsza z nich wykazuje umieralność i śmiertelność, a druga zachorowalność na dur brzuszny. Zapadalność i umieralność należy rozumieć w stosunku na 100.000 mieszkańców danego kraju, zaś śmiertelność w stosunku procentowym ilości zgonów do ilości zachorowań na dur brzuszny.

Rzut oka na pierwszą tabelę pozwoli nam stwierdzić wysoką umieralność i śmiertelność na dur brzuszny w Hiszpanji i w Japonji, gdzie obie te cyfry wynoszą około 20.

Umieralność na 100.000 mieszkańców:

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Hiszpanja:		31.67	31.95	25.0	23.5	21.1	19.0	21.5	20.5
Japonja:	19.98	18.72	19.15	20.19	20.2	22.18	15.98	15.6	—

Śmiertelność w odsetkach:

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Japonja:	21.9	18.14	20.26	20.25	20.8	20.8	18.8	19.3	—

Średnią umieralność i śmiertelność wykazują Węgry, Austrja, Rumunja, Czechosłowacja i Polska, gdzie obie te cyfry wynoszą około 6—8.

Nieco większe cyfry wynikają dla Gibraltaru i Malty (około 11).

Umieralność na 100.000 mieszkańców:

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Gibraltar:	—	—	—	—	11.76	11.76	11.7	11.76	—
Malta:	—	—	—	23.2	11.8	18.6	12.27	23.18	—
Austrja:	8.12	4.77	6.1	3.6	2.33	1.9	2.5	3.0	3.0
Czechosłowacja:	—	—	6.78	4.55	2.9	8.04	8.05	8.2	8.79
Rumunja:	—	—	4.84	3.64	3.26	5.28	4.6	3.7	5.5
Węgry:	—	—	7.28	7.9	7.96	10.8	8.1	13.6	15.0
Polska:	3.86	7.27	8.8	6.05	4.7	4.88	4.05	4.64	—

Śmiertelność w odsetkach:

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Gibraltar:	—	—	—	—	10.5	11.76	27.3	22.2	—
Malta:	—	—	—	11.6	9.5	13.35	9.7	13.0	—
Austrja:	13.7	11.4	9.4	10.4	7.5	6.1	6.39	5.5	16.0
Czechosłowacja:	13.0	12.8	10.4	9.8	7.6	7.3	7.9	7.2	15.8
Rumunja:	12.7	11.2	12.3	10.5	10.6	11.6	10.7	12.2	11.21
Węgry:	—	—	8.9	12.1	13.7	13.0	11.3	11.4	—
Polska:	9.2	9.2	7.9	7.4	9.1	8.1	7.8	7.9	—

Daleko wyraźniejszy obraz da nam jednak tabela zapadalności na dur brzuszny. Przerażająco wysokiemi są tu cyfry Sowietów, gdzie zapadalność ta wynosiła do końca roku 1922 około 300, zaś w latach 1923—1926 około 100 na 100.000 mieszkańców. Drugą po Sowietach jest Japonja, gdzie analogiczne obniżenie zapadalności, ze 100 na 80, zaznacza się w dwa lata później, bo między rokiem 1924 a 1925. Polska do roku 1922 włącznie dorównywała, a nawet w roku 1921 przewyższała Japonję (średnia około 90), a w latach 1923—1926 ma średnią zapadalność około 60, która podniosła się w roku 1927 na 70. Wzrost ten przypisuje się klęsce powodzi, po której nastąpiło pogorszenie stanu sanitarnego. Zapadalność Polski na ogół dorównuje zapadalności Italji, która wynosiła w latach 1920—1921 powyżej 80, w latach 1922—1925 zmniejszyła się do 60, a w roku 1926 znowu wróciła do poprzedniej wysokości. Należy tu zaliczyć także Estonję, Łotwę, Gibraltar, Maltę, Hiszpanję i Węgry. Kraje te wykazują zapadalność czasami nawet wyższą od poprzednio wymienionych, Hiszpanję zaś należy tu zaliczyć ze względu na wysoką umieralność i śmiertelność. Byłoby to więc najbardziej przez dur brzuszny opanowana grupa krajów.

Zapadalność na 100.000 mieszkańców:

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Sowiety	264.7	325.6	275.1	94.6	123.3	120.5	87.8	123.6
Japonja	102.8	94.0	99.2	96.6	106.1	84.8	80.6	—
Polska	79.5	111.4	81.7	52.0	60.3	51.9	59.0	70.5
Italja	81.2	88.8	63.3	69.1	67.8	60.0	89.1	—
Estonja	104.5	106.8	75.3	63.5	100.5	95.8	62.1	59.6
Łotwa	89.7	79.5	56.2	57.9	87.2	55.9	48.0	—
Gibraltar	—	—	—	111.8	100.0	64.7	52.9	—
Malta	—	—	199.1	124.1	139.5	126.4	175.9	—
Węgry	81.9	65.2	58.1	83.3	71.6	85.1	—	—

Po tej grupie następuje grupa krajów o średniej zapadalności a mianowicie około 30—40 na 100.000 mieszkańców. Należy tu Austrja, Czechosłowacja, Jugosławja, Rumunja, Bułgarja, Finlandja, Litwa, Gdańsk i Stany Zjednoczone Ameryki północnej.

Zapadalność na 100.000 mieszkańców:

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Austrja	41.8	64.0	34.9	30.95	31.7	39.27	35.7	19.0
Czechosłow.	51.7	65.25	46.2	38.5	48.0	47.8	47.7	55.9
Jugosławia	31.0	37.2	31.5	28.6	51.6	33.9	32.1	—
Rumunja	38.3	39.9	35.0	31.0	46.3	43.7	30.8	47.5
Bułgarja	57.0	35.5	53.1	51.8	132.0	63.8	49.6	—
Finlandja	44.1	39.9	38.2	48.6	49.6	45.7	37.5	14.9
Litwa	110.0	58.0	51.8	36.3	34.6	27.95	38.1	—
Gdańsk	64.2	47.1	19.5	34.2	38.0	31.3	29.7	—
Stany Zjedn. Amer. półn.	28.9	39.98	28.99	27.7	28.6	41.3	34.65	27.3

Po tych krajach wreszcie następują państwa o zapadalności około 20 (Niemcy, Szwecja, Norwegja), między 15 a 20 (Francja), około 15 (Belgja), między 10 a 15 (Szwajcarja, Danja), około 10 i poniżej (kraje anglosaskie). Wszystkie te kraje możnaby więc zaliczyć do grupy państw o małej zapadalności na dur brzuszny.

Zapadalność na 100.000 mieszkańców:

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Niemcy:	—	30.0	17.6	21.0	22.7	19.9	19.8	11.99	10.99
Szwecja:	21.1	18.7	14.9	13.5	23.35	24.45	—	—	—
Norwegja:	—	—	—	—	—	—	—	27.5	—
Francja:	18.85	19.9	11.8	15.5	15.95	16.7	19.9	—	—
Belgja:	18.9	18.3	14.0	18.0	11.6	14.3	12.0	—	—
Szwajcarja:	11.2	15.0	11.4	15.2	10.1	13.8	14.1	—	—
Danja:	12.65	12.4	14.0	16.5	14.2	10.1	7.1	—	—
Anglja i Walja:	7.97	9.8	6.19	8.2	10.57	7.1	7.0	9.06	—

Widzimy więc, że pod względem geograficznego rozmieszczenia duru brzusznego maximum znajduje się na terenie Związku Republik Sowieckich, poczem następują kraje sąsiadujące z Sowietami (Polska, Estonja, Łotwa, oraz Japonja) z jednej strony, a kraje południowej Europy (Włochy, Hiszpanja, Gibraltar, Malta, oraz Węgry) z drugiej strony. Mamy więc w Europie niejako dwa ogniska duru brzusznego: wschodnio-europejskie i południowo-europejskie. Inne kraje Europy środkowej i zachodniej zajmują stanowisko pośrednie, przyczem daje się zauważyć w tych krajach zmniejszenie rozszerzenia się duru brzusznego w kierunku od południa ku północy, gdzie kraje skandynawskie i anglosaskie przedstawiają minimum rozszerzenia choroby. Twierdzeniu, jakoby dur brzuszny przedostał się do Europy z jednego głównego ogniska, t. j. Związku Republik Sowieckich, — przeciwstawia się fakt istnienia ogniska południowo-europejskiego, niepołączonego geograficznie z ogniskiem wschodnio-europejskiem, przeciwnie, przedzielonego odeń krajami o średniej zapadalności na dur brzuszny (t. j. około 30—40 na 100.000 mieszkańców) wymienionemi powyżej. Należy przeto szukać przyczyny takiego rozmieszczenia duru brzusznego w Europie w poziomie kulturalnego rozwoju danego kraju, a przedewszystkiem w stosunkach sanitarno-higjenicznych w nim panujących. Im gorsze są one, tem większe rozszerzenie tej „ubiquitarnej" choroby w danym kraju. Jednakowoż i tutaj da się stwierdzić, prawie wszędzie, z biegiem lat większy lub mniejszy postęp, powodujący zmniejszenie szerzenia się duru brzusznego.

Chronologiczny przegląd szerzenia się duru brzusznego w Europie pozwala stwierdzić stosunkowo wysokie cyfry zapadalności, umieralności i śmiertelności w latach 1919 do 1922 włącznie. Następnie, w latach 1923 do 1926 zaznacza się daleko niższy poziom, zwłaszcza zapadalności, przy równoczesnej, aczkolwiek powolnej, lecz niemniej stałej tendencji do dalszego jej obniżenia, co szczególnie widocznem jest w latach ostatnich. Wyjątek od tej reguły stanowią tylko niektóre kraje i to jedynie w latach, kiedy wybuchały w nich lokalne epidemje. Z epidemij tych wymienić należy: w Czechosłowacji w latach 1924—1925 na Słowaczyźnie i Rusi podkarpackiej, w tych samych latach w Rosji nad Wołgą i na Białej Rusi, wreszcie w roku 1926 w Niemczech, w Hannowerze. Ostatnio wymieniona epidemja, na podstawie bardzo dokładnych opisów, uznaną została za należącą do średnio-ciężkich. Na pół miljona ludności zachorowało wtedy 2500 osób, zmarło zaś 260, czyli że śmiertelność wynosiła 10.4%. Epidemja wybuchła nagle, wykazywała największe nasilenie między 1-szym a 10-tym września 1926 r., a przyczyną jej było zakażenie wody wodociągowej, pochodzącej z Ricklingen. Wymienione epidemje jednak należy oceniać jako nadzwyczajne perturbacje przeciętnego stanu zachorowań na dur brzuszny, który, mimo wszystko, wykazuje tendencję do obniżenia się, przedewszystkiem dzięki usprawnieniu i zwiększeniu intenzywności akcji sanitarno-lekarskiej. Dążenia w tej dziedzinie stwierdzamy prawie we wszystkich państwach. I tak w Polsce zaczęto pracę nad assanizacją województw centralnych, będących niejako ogniskiem choroby i aczkolwiek rezultatu jeszcze nie widać w statystyce duru brzusznego, jednakowoż można mieć nadzieję, że one w przyszłości dadzą się stwierdzić. We Włoszech spodziewanym jest dodatni rezultat zaprowadzenia obowiązkowych w razie epidemij szczepień przeciwdurowych, oraz akcji oczyszczania wody, służącej do użytku publicznego. W Rumunji przypisuje się zasługę powstrzymania szerzenia się duru brzusznego obfitemu stosowaniu szczepień przeciwdurowych, przedewszystkiem w armji i wśród poborowych, a także wśród ludności cywilnej. Czechosłowacja spodziewa się zwalczyć dur brzuszny przy pomocy budowania licznych pawilonów izolacyjnych. Turcja zastosowała postanowienia prawa karnego za niezgłaszanie duru brzusznego i przystąpiła do zorganizowania szczepień przeciwdurowych i izolacji. Jedynie tylko w Rosji Sowieckiej, jak przyznaje prof. Zysin z Moskwy, panuje przekonanie o niedostateczności dotychczas stosowanych zarządzeń sanitarnych władz. W Japonji zaś, wobec wysoko stojącej akcji sanitarnej i kultury kraju, przyczyn prawie ciągle jeszcze utrzymujących się wysokich cyfr duru brzusznego należy szukać może we większej wrażliwości rasy żółtej wogóle, lub też specjalnie Japończyków, względnie w innych czynnikach lokalnych, powodujących większą zapadalność, umieralność i śmiertelność na dur brzuszny w tym kraju.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Doroczne zebranie Zarządu Międzynarodowej Ligi dla Zwalczania Reumatyzmu i reprezentantów narodowych Komitetów dnia 22 września 1930 r. w międzynarodowym biurze Ligi w Amsterdamie.

Obecni: Dr. R. Fortescue Fox, Londyn — przewodniczący, Prof. B. Prusik, Praga, Prof. I. Gunsburg, Antwerpia, drugi sekretarz Dr. J. van Breemen, Amsterdam — sekretarz.

Następujące były reprezentacje: Dr. G. Kahlmeter — Szwecja, Prof. M. Kontchalowski, Dr. G. Daniszewski — Sowiecka Rosja. Dr. Mathieu — Pierre Veil: Francja. Prof. Dr. S. Graeff — Hamburg. Dr. A. Geronne — Wiesbaden (Niemcy). Prof. A. Lunedei — Florencja. Prof. C. Cipriani — Turyn (Włochy). Dr. Vincent Coates, Bath (Anglja). Dr. Hans. Jansen — Dania, Dr. L. Pap Laios — Węgry. Dr. M. Bese — Genewa (Szwajcarja). Prof. I. Gunzburg — Belgja. Prof. B. Prusik — Praga. Dr. Adam Gruca — Lwów. Dr. F. Raszeja — Lwów. Dr. H. Kluszyński — Warszawa. Dr. J. van Bremen — Holland. Dr. R. Fortescue Fox. — Londyn.

Obecnych było reprezentantów trzynastu narodowych Komitetów, które przystąpiły do Międzynarodowej Ligi. Narodowe Komitety Austrji, Hiszpanji, Finlandji, Estonji i Ameryki (Stany Zjednoczone) wystosowały pismo, że nie mogą wziąć udziału w posiedzeniu.

Przewodniczący Dr. R. Fortescue Fox otworzył zebranie krótkiem przemówieniem, wyrażając radość z tak szybkiego rozrostu i rozkwitu Ligi. Przedkłada wniosek, by wybrać do Zarządu Ligi dwóch nowych członków a mianowicie: Dr. Pembertona z Filadelfji — Stany Zjednoczone i Prof. B. Prusika z Pragi — Czechosłowacja. Nadto zawiadamia przewodniczący, że jako zastępca Francji wchodzi Prof. Etienne z Nancy w miejsce Dr. H. Forestiera, który zatrzymuje funkcje sekretarza francuskiego Zarządu.

Zarząd przedłożył wniosek, by schemat mianownictwa, ułożony dla praktycznych celów, a przyjęty przez wszystkie Komi-

tety, należące do Ligi, przesłać rządom, jak również biuru higjeny przy Lidze Narodów z prośbą jak najszybszego wykorzystania tego schematu dla osiągnięcia jednolitości i ułatwienia w zestawieniu porównawczej statystyki, co będzie miało wielkie znaczenie społeczne. Wniosek po ożywionej dyskusji został przyjęty.

Co do ustalenia mianownictwa dla medyczno-naukowych celów, sprawa przedstawia się nieco inaczej, niż mianownictwo dla praktycznych i statystycznych celów. Przewodniczący sekcji dla mianownictwa Dr. van Breemen donosi, że otrzymał z wielu krajów liczne projekty mianownictwa. Według jego zdania trzeba będzie jeszcze wiele lat, zanim osiągnie się jednomyślność w tej sprawie. Duże znaczenie ma fakt, że każdy Kraj przedewszystkiem sam się stara dojść do oficjalnego mianownictwa. Widocznem mu jest, że Dr. Pap Lajos z Budapesztu gotów jest studjować i opracować podstawy dla medyczno-naukowego mianownictwa i w tym celu zwrócić się do narodowych Komitetów i swoje wyniki przedłożyć następnemu Kongresowi. Propozycja powierzenia tej sprawy Dr. Lajosowi została przyjęta.

Prof. Prusik przedkłada wniosek, by prace drukowane z Acta rheumatologica miały następujący podział.

1) Patologja reumatyzmu ze stanowiska klinicznego, fizjologicznego, patologo-anatomicznego i biologicznego.

2) Wiadomości terapeutyczne w chorobach reumatycznych.

3) Reumatyzm jako zagadnienie społeczne.

Dr. van Breemen donosi, że jak to wypada z podziału tematów Kongresu w Liège, miał ten sam plan i gorąco popiera z tego powodu wniosek prof. Prusika. Wniosek został przyjęty.

Przewodniczący zawiadamia, że Rosja, Włochy i Wiessbaden zwróciły się z wnioskiem do Zarządu o odbycie w tych krajach następnego Kongresu. Zarząd przedkłada wniosek, by Kongres odbył sie we Włoszech. Dla przygotowania Kongresu już w sierpniu był sekretarz Ligi u Prof. Devoto, Prof. Gabie'ego i Prof. Pisani we Włoszech. Kongres ma się odbyć prawdopodobnie na wiosnę w 1932 r. prawdopodobnie podczas świąt wielkanocnych. Miejscem Kongresu ma być miasto uniwersyteckie: Rzym, Florencja lub Medjolan. Rozstrzygnie o tem włoski Komitet. Po Kongresie nastąpi zwiedzenie miejsc kąpielowych.

Tematy kongresu.

1. Medyczno-naukowy.

a) Pierwsze przejawy chronicznych chorób reumatycznych.

b) Schorzenia reumatyczne a gruźlica.

2. Medyczno-społeczne.

Choroby reumatyczne a zawód.

3. Dowolne wykłady z zakresu reumatyzmu.

Udogodnienia.

1. Państwowa pomoc.

Włoski komitet spodziewa się znaczniejszej subwencji, jeżeli Kongres odbędzie się w Rzymie.

2. Zniżka kolejowa: 30 — 50%.

3. Znaczna zniżka cen hotelowych w miastach, bezpłatny pobyt w miejscach zdrojowych.

Prof. Lunedi z Florencji prosi o przyjęcie zaproszenia Włoch, a wówczas on wraz z Prof. Pisanim obejmie sekretarjat.

Sekretarz donosi, że Liga otrzymała zaproszenie od miasta Wiesbadenu, by tam odbyć jeden z następnych Kongresów. Dr. Geronne popiera prośbę miasta Wiesbadenu. Zarząd ceni sobie bardzo to zaproszenie, lecz regulamin przewiduje, że Kongresy Ligi muszą się odbywać w miastach uniwersyteckich.

Dr. Daniszewski z Rosji prosi Ligę, by po Kongresie we Włoszech następny kongres odbył się w Rosji — w Moskwie. Imieniem rosyjskiego Komitetu dla zwalczania reumatyzmu zaprasza członków Zarządu Ligi na doroczne zebranie rosyjskiego Towarzystwa, które się odbędzie w końcu grudnia lub z początkiem stycznia w Moskwie.

Przewodniczący dziękuje rosyjskiemu Komitetowi za zaproszenie i proponuje, by Prof. Kontszalowski i Dr. Daniszewski przedłożyli ten plan oficjalnie na piśmie i przykłada wielką uwagę, jeżeli to zaproszenie będzie potwierdzone ze strony rosyjskiego rządu.

Przewodniczący zawiadamia zebranych, że wraz z sekretarzem przeprowadzą rewizję statutu i w najbliższej przyszłości przedłożą z niej sprawozdanie.

Przy punkcie porządku dziennego: sprawy finansowe stawia wniosek Dr. Pap Lajos z Budapesztu, by wybrać finansową komisję kontrolującą, która między innemi będzie miała za zadanie ściągać zaległe składki. Do komisji zostali wybrani: Dr. Fortescue Fox — jako Przewodniczący, Prof. B. Prusik z Pragi, Dr. Pap Lajos z Budapesztu i Dr. A. Geronne z Wiesbadenu.

Przewodniczący stwierdza wielką aktywność zastępców narodowych dla własnego kraju, podczas gdy dla międzynarodowych zadań jest bardzo mała. Przeto sądzi, że w przyszłości należy oddzielić funkcje zastępców narodowych od funkcji przewodniczących względnie sekretarzy narodowych komitetów.

Dr. Daniszewski zapewnia, że rosyjski komitet wpłaci w najbliższej przyszłości należną składkę za rok 1930, również i Dr. Kahlmeter jest zdania, że ze Szwecji wpłynie bardzo szybko należna danina, zaś Dr. Mathieu — Pierre — Francja i Dr. Besse — Szwajcarja wskazują na wielkie trudności istniejące w ich krajach.

W końcu Przewodniczący zawiadamia, że posiedzenie Finansowej Komisji Kontrolującej odbędzie się następnego dnia, a sprawozdanie z niego otrzymają narodowe Komitety. Na tem zamknięto posiedzenie.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Jan Czekanowski (Lwów): *Zarys antropologji Polski.* Lwowska Bibljoteka Slawistyczna. Tom XI. Nakład K. S. Jakubowskiego, 1930.

Obecnie wydana książka Czekanowskiego omawia w XII. rozdziałach szereg zagadnień z dziedziny antropologji, z których wszystkie właściwie winny zainteresować lekarzy. Bo czy to będzie sprawa terytorjów antropologicznych Polski i krajów sąsiednich, czy kwestja wzrostu i oddziaływania środowiska społecznego, czy mapa antropologiczna, czy też badania nad pigmentacją, badania struktury populacji, i niesłychanie ważna i aktualna sprawa zróżnicowania fizycznego i psychicznego w związku z zagadnieniami konstytucji, antropologja dynamiczna i kwestja uwarstwienia etniczno-społecznego — to czytelnik łatwo przekonać się może ile tam cennego materjału dla lekarza-badacza ile możliwości praktycznych.

Najlepszym zresztą dowodem znaczenia nauk antropologicznych dla medycyny jest żywe zainteresowanie się lekarzy i szereg znakomitych odkryć uczynionych przez nich w antropologji. Autor to mocno podkreśla zwracając uwagę na okres t. zw. prowincjonalny, który wyprzedza w znacznej mierze przyjęte wówczas poglądy. Dybowski już mówi o czterech zasadniczych typach rasowych i liczy się z możliwościami istnienia odrębności psychicznych typów antropologicznych. Leon Rutkowski, lekarz prowincjonalny w Płońsku, badacz niepospolity zaznajamiać się zaczyna z zagadnieniami zróżnicowania patologicznego, i mówi o większej skłonności do gruźlicy typu nordycznego. H. Popiel bada miednice Polek i stwierdza, że dane powtarzane w literaturze podręcznikowej zagranicznej nie odpowiadają naszym stosunkom.

W badaniach tych zarysowują się już zagadnienia konstytucji. Dopiero jednak w r. 1911 czyni Czekanowski pierwszą próbę syntezy prac okresu szkoły krakowskiej i prowincjonalnego nad strukturą antropologiczną Polski, używając do tego współczesnej metody statystyki matematycznej.

Prace kierunku morfologicznego uległy w ostatnich dziesięcioleciach znacznemu rozszerzeniu. Okazało się bowiem, że zróżnicowanie rasowe nie odnosi się jedynie do cech morfologicznych lecz również do właściwości serologicznych, psychologicznych i patologicznych. Istnieje nawet pewna współzależność między zróżnicowaniem morfologicznem a psychologicznem i to wyraźniejsza niż ze zróżnicowaniem serologicznem (Mydlarski).

Stąd takie zainteresowanie psychiatrów do zagadnień konstytucji.

Wiele zagadnień sięga jednakże poza granice antropologji. Badania nad wzrostem młodzieży szkolnej, szczególnie z uwzględnieniem nauki o t. zw. wydzielaniu wewnętrznem, daje szereg wskazówek praktycznych pedjatrze i pedagogowi. Rośnięcie i dorastanie odbywa się różnie w różnych okresach wieku dziecięcego — jest przebiegiem fazowym. Podlega wpływom warunków zewnętrznych i bodźcom wewnętrznym. Zmienia się w czasie zależnie od rasy. U dziewczynek krótkogłowych n. p. menstruacja występuje wcześniej, typ alpejski rozwija się wcześniej, typ nordyczny a prawdopodobnie i presłowiański powoli. Istnieje pewna zależność między pigmentacją włosów, krótkogłowością, rozwojem gruczołów mlecznych, wzrostem a okresem zjawiania się menstruacji. Różnice rasowe wchodzą bardzo głęboko w przebieg procesu rozwoju. Warunki zabiedzenia mają też jednak swój wpływ na razie trudny do ścisłego określenia.

Wielką zasługą autora, szczególnie z punktu widzenia oceny biologicznej, jest zwrócenie uwagi na człowieka żywego jako objektu badań antropologicznych. Wyszliśmy już z okresu czysto morfologicznego, asyntetycznego dawnej szkoły krakowskiej a przeszliśmy w okres ujmowania cech nie tylko morfologicznych lecz i dynamicznych. W ten dopiero sposób ujęta struktura populacji pozwala twierdzić, że typy antropologiczne rozpadają się na elementy rasowe i ich formy mieszane i że przynależność do typu

antropologicznego dziedziczy się zgodnie z drugiem prawem Mendla t. zn. prawem rozszczepiania. Powoduje to oczywiście utrzymanie się składników populacji mimo ich wykrzyżowania się. Ostateczne składniki populacji dadzą się określić jednak dopiero po dokładnem ujęciu mechanizmu dziedziczenia się właściwości człowieka.

Ogólny wynik badań nad zróżnicowaniem fizjologicznem i psychicznem w związku z zagadnieniami konstytucji sięgnął już bardzo głęboko. O stosunku jednostki do środowiska przyrodniczego decydują własności fizjologiczne i psychiczne. Ważne jest jednak jak daleko one sięgają do dziedzin fizjologji, psychologji i patologji. Związek między elementami morfologicznemi a składnikami biologicznemi jest nadal wielką zagadką. Wiadomo jedynie, że właściwości krwi w znaczniejszym stopniu ulegają oddziaływaniu procesów selekcyjnych, przejawiających się w postaci chorób i zejść śmiertelnych przedwczesnych i że najprawdopodobniej rozbieżności między składem serologicznym a morfologicznym są właśnie przyczyną tej selekcji.

Zróżnicowanie psychiczne, zróżnicowanie uzdolnień (Jaxa-Bykowski) stanowią też ważny sprawdzian zróżnicowania typów.

Typy konstytucjonalne stanowią pewne zespoły łączące się z pewnemi kategorjami klinicznemi i karnemi. Skłonność do zapadania na gruźlicę okazują mieszańcy, u których grupa krwi nie odpowiada zespołowi pigmentacyjnemu, bądź też pigmentacja oczu nie odpowiada pigmentacji włosów. Jest rzeczą mało prawdopodobną by skłonność do gruźlicy stanowiła właściwość rasową poszczególnych składników ludności europejskiej. Najprawdopodobniej są to pewne kategorje niesharmonizowanych mieszańców.

W rozdziale antropologii dynamicznej omawia Czekanowski kwestję doboru naturalnego naszej ludności. Okazuje się, że oddziaływanie środowiska powodując choroby lub przedwczesną śmiertelność nierównomiernie dotyka różne składniki naszej ludności. Dział ten jest coprawda u nas najmniej zbadany — a pracowali w nim dawniej przeważnie lekarze — w stosunku do działów, antropologji nowoczesnej opracowanych przez nielekarzy. Z przytoczonych badań niemieckich Gundela z r. 1926 okazuje się, że w Niemczech kliniki chorób umysłowych posiadają materjał o nadwyżce krwi BB, czyli, że element laponoidalny jest tam nieproporcjonalnie licznie reprezentowany. W klinikach wewnętrznych spotyka się raczej element iberyjsko-insularny, zaś położnice rodzące w klinice w dużym procencie należą do elementu nordycznego, oczywiście ze względu na właściwości anatomiczne miednicy. Ludzie chorzy na kiłę w dużym procencie mają krew kategorji AB. W kile dziedzicznej natomiast nie zauważono znaczniejszych różnic grupowych. Oczywiście przesunięcia selekcyjne mogą kompensować efekty różnych poborów przyczem w grę wchodzi intensywniejsza selekcja chłopców wyrażająca się w ich większej śmiertelności.

Dla doboru naturalnego według Czekanowskiego i jego uczniów, decydujące znaczenie posiada zróżnicowanie serologiczne, dla doboru płciowego zaś zróżnicowanie psychiczne. Przesunięcie się w ustosunkowaniu ilościowem składników morfologicznych stanowiłoby zatem konsekwencję selekcyj zachodzących na terenie zróżnicowania fizjologicznego i psychicznego.

Składu rasowego naszej inteligencji jeszcze nie znamy. Takich badań nie robiono. Między warstwami społecznemi jednak zaznaczają się różnice składu antropologicznego. Szlachtę od ludu różni większy odsetek elementu nordycznego i niższy elementu iberyjsko-insularnego.

Ujęcie stosunków antropologicznych Polski dało dużo wyników ogólnych dotyczących podstawowych zagadnień biologji. Wyniki te zresztą nie odnoszą się wyłącznie do Polski lecz szersze posiadają znaczenie. Polska jest obecnie krajem najlepiej zbadanym pod względem antropologicznym. Są jednak jeszcze dezyderaty interesujące i lekarzy. Jednym z najważniejszych jest sprawa skoordynowania badań morfologicznych z badaniami serologicznemi i psychologicznemi oraz z badaniami nad konstytucją patologiczną. Ciekawe opisy typów konstytucjonalnych jakie dał n. p. w roku 1927 Sochański wymagają interpretacji z antropologicznego punktu widzenia, przedstawiając wdzięczne pole dla badaczy antropologów i lekarzy. Praktyczne korzyści badania antropologicznego są olbrzymie. Statystyka zdrowotności, jakość wytwarzanej inteligencji, selekcja materjału wojskowego, zagadnienia patologji t. zw. mieszańców dysharmonijnych, a być może i zagadnienia terapeutyczne tworzą zadania najbliższe ważne dla nauki i celów praktycznych życia. Chodzi jedynie o zdobywanie coraz lepszych kryterjów wiarygodności, — postulat, który antropologja musi sobie stawiać jako zasadniczy postulat właściwy wszystkim naukom ścisłym.

Książka Czekanowskiego napisana została bardzo w porę. Nadaje nauce antropologji polskiej walor specjalny tembardziej, że maxima pars badań i syntetycznego ujęcia wyników był właśnie autor i jego lwowska szkoła. I jeżeli, jak sam autor podkreśla, Polska jest krajem najlepiej pod względem antropologicznym zbadanym i wzorem służyć może krajom innym to jest to przedewszystkiem zasługą Czekanowskiego i jego uczniów. Zdjęcia antropologiczne Polski przyniosły już wielką korzyść państwową szczególnie na terenie badań wojskowych.

Lekarz każdy, już nie tylko z punktu widzenia przyrodniczego lecz jako pracownik społeczny, lekarz wojskowy, djagnosta czy terapeuta winien zapoznać się z tą niecodzienną książką.

W. Koskowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 50, z 14 grudnia 1930: Lelesz i Przeździecka-Jędrzejowska: W sprawie konieczności kontroli oraz ujednostajnienia metod badania preparatów i produktów witaminowych (dok.): Pfanhauser i Philipp: O fabrykacji emetyku: Nowe leki; Sprawy zawodowe.

Młoda matka, nr. 24, z r. 1930: M. Gromski: O t. zw. przeziębieniu pęcherza (c. d.). — M. Stopnicka: Jak podawać dzieciom tran. — T. Lewenfiszowa: O konieczności starannej opieki nad dziećmi. — I. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa.

Przegląd dentystyczny, rok X, nr. 11, z listopada 1930 r.: K. Szepelski: Próba zastąpienia arsenu w terapji zapaleń miazgi (dok.).

Położna, rok III, nr. 12, z grudnia 1930: Wł. Chłopicki: Zaburzenia psychiczne a czynności rozrodcze kobiety. — H. Szlapakówna: Mikroskop i jego zastosowanie. — Fr. ks. Cieszyński: O skórze noworodka. — N. Gierszowa: Nasze dążenia.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 24, z 15 grudnia 1930: Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu Instytucji ubezpieczeń społecznych. — J. Załuska: Kasy ubezpieczenia na wypadek śmierci przy Izbach lekarskich. — W. Gądzikiewicz: Kilka uwag w sprawie organizacji służby nadzoru sanitarnego nad obrotem artykułami spożywczemi. — Z. Węgliński: O wynagradzaniu lekarzy, zatrudnionych w państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych.

Nowiny lekarskie, rok XLII, nr. 24, z 15 grudnia 1930: St. Borowiecki: Ś. p. prof. Jan Piltz. — M. Grycewicz: Ostry gościec stawowy, według materjałów I. kliniki wewn. Uniw. W. za ostatnie lata. — B. Pohorecka-Leleszowa: Głos w sprawie analiz lekarskich.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 51, z 18 grudnia 1930: B. Glass: Zasady leczenia uciskowego gruźlicy płuc. — J. Typograf: O psychice chorych sercowych. — K. Koronkiewicz: O reformę perjodycznej prasy lekarskiej. — G. Lewin: Zagadnienie zmniejszenia się umieralności z gruźlicy w krajach kulturalnych (dok.).

Przyroda i technika, rok IX, nr. 10, z grudnia 1930: O. Bujwid: Jadowite węże i pająki brazylijskie. — M. Chejfec: Regeneracja u pierwotniaków. — F. Bardecki: Rok 1930 w astronomji. — J. Lamber: Jak rośnie Gdynia.

Zdrowie, rok XLV, nr. 23, z 1 grudnia 1930: Cz. Wroczyński: Szkolenie pielęgniarek. — M. Babicka: Kurs, czy szkoła pielęgniarek? — M. Jędrzejewska: O potrzebie pracy społecznej w szpitalach. — Trzydziestolecie pracy Dra Stanisława Kopczyńskiego. — W. Tobiczyk: W odpowiedzi p. D. Morawskiemu. (W sprawie artykułu „O endemji kiły na Huculszczyźnie").

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo angielskie.

Clinical medicine and surgery.

Vol. 37. Nr. 7. Lipiec 1930.

W zeszycie tym szereg autorów wyraża swe zdanie o przyszłości medycyny.

Vol. 37. Nr. 8. Sierpień 1930.

M. C. Winternitz: *Wykształcenie lekarskie i dentystyczne.*

G. M. Blech: *Nieporozumienia w powszedniej praktyce chirurgicznej:* Aseptyka i antyseptyka nie jest nigdy doskonała. Nie trzeba więc w jej imieniu upośledzać vis medicatrix naturae przez stosowanie środków chemicznych, jodyny włącznie. — Opatrunki

nie powinny zamykać zupełnie dostępu powietrza. Kilka uwag o delikatności przy zmianach opatrunku. — Bier'owski sposób przekrwienia biernego zastępuje nieraz skutecznie cięższe zabiegi. — B. wypowiada się gorąco za elektrokoagulacją, przedewszystkiem przy operacjach nowotworów.

Burr Ferguson: *Kliniczne wyniki pobudzania leukocytozy.* F. używa dożylnych wstrzyknięć roztworu 1:1500 kwasu solnego (10 cm^3), oraz siarczku rtęci kolloidalnego (3 cm^3) co drugi dzień, też na przemian oba te środki. Dzięki nim uzyskuje wzmożenie się leukocytozy, czem tłumaczy korzystne wyniki w sprawach posocznicowych, czyraczności, zapaleniu stawów, wrzodziejących nieżytach kiszek, gruźlicy płuc i otrzewnej, pellagrze itd. F. przypomina słowa Miecznikowa, że „jedynym stałym czynnikiem w odporności jest fagocytoza".

G. B. Lake: *Kongres związku lekarzy amerykańskich, 1930.* Z pomiędzy referatów zasługuje na uwagę próba ciążowa podana przez Bercovitza (Korea): Kropla 10% cytrynianu sodowego z kilku kroplami krwi z opuszki palca zakroplone do oka, wywołują u ciężarnych kobiet w około 85% zwężenie lub rozszerzenie źrenicy. Źrenica oka niezakroplonego pozostaje bez zmiany. U kobiet niециężarnych i u mężczyzn próba zawsze ujemna, u położnic w kilku % dodatnia.

W. A. Hinckle: *Ropień kołoodbytniczy.* H. omawia objawy i sposoby leczenia. W każdym przypadku szerokie nacięcie z drenażem.

R. A. Griffith: *Stanowisko lekarza wobec ropotoku zębodołowego.* G. wyłącza z rozważań gnilec, zatrucia i zakażenia krętkiem Vincent'a. Powody ropotoku: brak czystości (kamień zębowy) błędy w robotach dentystycznych, urazy przy nieregularnych zębach: brak wapnia w pożywieniu; zmiany w składzie śliny. Każdy ropotok jest zakażeniem, groźnem dla ustroju. Dokładne usunięcie złogów ze zębów leczy ropotok w większości przypadków. Złogi te tworzą się tylko jeśli stężenie jonów wodorowych w ślinie jest niższe niż 7. Wtedy ustrój traci dużo wapnia w jamie ustnej. Stosunki mają się tu naodwrót niż w moczu, gdzie duża kwaśność nie pozwala na straty wapnia. Dlatego przypadki ropotoku i próchnicy, których nie da się wyleczyć środkami mechanicznemi (usunięcie złogów) leczy się dietetycznie. Nie zawsze chodzi o brak potrzebnego w tym wypadku wapnia i fosforu w diecie: często niema raczej zdolności przyswajania tych pierwiastków. Wtedy zastosowanie lampy kwarcowej i tranu ułatwia to przyswojenie. Nadto musi być równowaga w pobieraniu wapnia i fosforu, gdyż wprowadzenie zbyt wielkiej ilości jednego z nich utrudnia przyswajanie drugiego. Przy układaniu diety należy wziąć pod uwagę, że duża ilość glutenu (z ziaren wszelkich zbóż) przyczynia się do powstawania złogów wapiennych zarówno mechanicznie (dostawanie się klejkiego glutenu do szpar międzyzębowych), jak i chemicznie (wzmaganie kwaśności śliny). Ustrój stara się usunąć gluten przez procesy fermentacyjne i gnilne — stąd znów znakomite podłoże dla drobnoustrojów chorobotwórczych i powstawanie ropotoku. Największą rolę gra tu krętek Vincent'a i prątek wrzecionowaty, spotykany w 100% przypadków, choć nie we wszystkich patogeniczny. A zatem dieta alkaliczna z wykluczeniem cerealjów, pokarmy obfitujące we wapń, witaminy D oraz naświetlanie słońcem i lampą kwarcową, oprócz leczenia miejscowego dają dobre wyniki. Nadto autor poleca jeszcze diatermję dziąseł.

A. B. Illievitz: *Pochodzenie życia.*

A. W. La Forge: *Rozpoznanie różnicowe w przypadku bólu głowy.* Wieloletni ból głowy, spowodowany chorobą nosa, od dwóch lat wzmógł się znacznie i wykazywał cechy nieznamienne. Powodem okazał się zapomniany tampon z waty, założony przed dwoma laty dla wstrzymania krwotoku po zabiegu, usuwającym dotychczasową przyczynę bólu głowy (naprostowanie przegrody itp.). Przy omawianiu tego przypadku autor przegląda przyczyny bólu głowy, leżące w obrębie głowy (śródczaszkowe, uszy, nos i jamy boczne, oczy).

Vol. 37. Nr. 9. Wrzesień 1930.

R. St. J. Perry: *O czuciu w pochwie.* Badania doświadczalne.

S. W. Mills: *Zakażenie pałeczką Banga, a choroby chirurgiczne.* Przy omawianiu przypadku gorączki maltańskiej, której towarzyszyło ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, autor wskazuje na objawy tej choroby, prowadzące do pomyłek: wycinanie niepotrzebne wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego. Dlatego poleca w wypadkach schorzeń, mających postać appendicitis lub *cholecystitis (cholangitis),* naprzód upewnić się serologicznie (odczyn zlepny), że nie są to tylko objawy gorączki maltańskiej, zanimby się przystąpiło do zabiegu.

H. O. Nyvall: *O Parathormonie.* Parathormon jest substancją czynną gruczołów przytarczyczych. Podwyższa poziom wapnia we krwi i wzmacnia jego działanie, odtruwa ustrój, działa regulująco na czynność tarczycy. Wskazania ogólne: tężyczka i spasmophilia, zapalenia, zatrucia, zmniejszona krzepliwość kwi. Dawki: dla oseskó w 0.5 cm^3, dla dzieci 0,55—0,1 dla dorosłych 1,5—2 cm^3. W ostrych sprawach dawkę taką wstrzykuje się codziennie, w podostrych 3 razy na tydzień, w przewlocznych 2 razy na tydzień. Równocześnie podawanie wapnia. Autor wylicza szereg schorzeń, w których stosował z dobrym skutkiem parathormon w połączeniu z wapniem.

J. S. Lankford: *O Coraminie.* L. przypuszcza, że korzystny wpływ koraminy na duszność zależy od jej działania na gruczoły dokrewne.

J. du Plessis: *Schorzenia migdałków w związku z wiekiem.* Powiększenie migdałków nie oznacza ich schorzenia: może to być zdrowy przerost czynnościowy, zdarzający się nieraz we wieku dziecięcym. Dopiero zapalenia migdałków upośledzają ich wartość, mogą prowadzić do przewlocznego zakażenia w kryptach i takie migdałki trzeba usunąć: zwykle są one raczej małe, wskutek włóknistego zejścia procesów zapalnych. Usunąć należy je koniecznie doszczętnie, gdyż pozostające kikuty są równie niebezpieczne, jak usunięte części. Usunięcie jest wskazane częściej u dorosłych niż u dzieci. U dzieci wskazanie do wyłuszczenia stanowi rzadziej ich schorzenie, częściej ich nadmierna wielkość, powodująca utrudnienie połykania, oddechania, mowy.

W. H. Gilmore: *O roentgenologu.* Obowiązkiem roentgenologa jest uwidocznienie nieprawidłowości na zdjęciu czy na ekranie, a nigdy stawianie rozpoznania. Biada lekarzowi, który opiera się wyłącznie na cieniach roentgenologicznych.

C. Pope: *O porażeniu nerwu twarzowego.* Rozpoznanie umiejscowienia przyczyny: jeżeli schorzenie dotyczy okolic powyżej jądra, t. zn. między korą, a jądrem VII. nerwu, porażenie nie dotyczy górnej gałązki, czyli, że chory może zamykać oko i marszczyć czoło, oraz niema odczynu zwyrodnienia. Jeżeli schorzenie tkwi w samem jądrze nerwu, mamy również porażenie nerwu VI. zaburzenie słuchu i smaku. Jeżeli schorzenie jest u podstawy, t. j. przy wyjściu nerwu z rdzenia (między mostkiem Varola, a oliwką) smak jest zachowany, lecz występuje zwykle głuchota i szum w uchu po stronie chorej, z powodu udziału nerwu słuchowego; jeżeli schorzenie znajduje się w przebiegu nerwu twarzowego między ggl. geniculatum a odszczepieniem chorda tympani — utrata smaku w przednich 2/3 języka po stronie chorej; jeżeli schorzenie jest wysoko w przewodzie słuchowym, może wystąpić nadwrażliwość słuchowa; jeżeli w końcu schorzenie dotyczy obwodowej części (od foramen stylo-mastoideum), jest zupełne porażenie połowy twarzy, bez zaburzeń słuchu, smaku itd. Leczenie poleca autor następujące, w wypadkach obwodowych: w kilka godzin po wystąpieniu podać kalomel i silne salinum purgans. W pierwszym tygodniu środek moczopędny. Należy nosić ochronę na oku, 2—3 razy na tydzień zakraplać jałowym olejkiem rycynowym i masować równocześnie powieki. Stosowanie naprzemian ciepłych (minutę) i zimnych (ćwierć minuty) okładów na całą chorą połowę twarzy. Następnie codziennie 10—15 minut sollux na chorą stronę, poczem diatermia (jedna elektroda na wyrostku sutkowym po stronie chorej, druga na policzku po stronie zdrowej) 300—500 miliamperów przez 10 minut, z następującą ostrożną elektryzacją (2—3 skurczów tylko). Później codziennie masaż obu stron. Na wewnątrz jod i strychnina. Salicyl, wedle autora, nie działał.

Bincer (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

IV. Wydział lekarski, Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 13 października 1930 r.

Przewodniczący: dyrektor Fr. Krzyształowicz.

Czł. A. Beck przedstawia pracę p. Bożydara Szabuniewicza p. t.: „Dodatnie spolaryzowanie mięśnia a przykurcz mechaniczny".

Pod wpływem bardzo różnorodnych czynników pojawia się w mięśniu stan specjalny, nazwany przykurczem polaryzacyjnym. Znamionuje się on tem, że mięsień jest przykurczony, a na powierzchni jego stwierdzić można charakterystyczne rozmieszczenie potencjału, który wzrasta od obwodowej części mięśnia ku dośrodkowej, t. j. spolaryzowanie dodatnie.

Badanie zmian potencjału w mięśniu w czasie skurczu pojedyńczego wykazuje, że zmiany potencjału odbywają się jednocześnie na całej powierzchni mięśnia. Po krótkim okresie utajonym występuje w mięśniu bardzo silne i szybkie spolaryzowanie

ujemne całego mięśnia, poczem kierunek polaryzacji gwałtownie się zmienia, otrzymujemy równie silne i krótkotrwałe dodatnie spolaryzowanie mięśnia.

Pierwsza część zmian potencjału zachodzi całkowicie w tym czasie, gdy długość mięśnia nie ulega jeszcze żadnym zmianom. Natomiast prawie jednocześnie przypada początek ujemnego spolaryzowania i początek skurczu mechanicznego. Spolaryzowanie poprzedza stale o ułamek σ zmiany mechaniczne. Przykurcz polaryzacyjny i skurcz pojedyńczy są spowodowane przez te same procesy. Tylko w prawidłowych warunkach zmiany te są odwracalne, a w przykurczu polaryzacyjnym przebiegają w warunkach patologicznych i odwrócić się nie dają.

Czł. Fr. Krzyształowicz przedstawia pracę p. M. Grzybowskiego p. t. „Badanie ilości lipaz w surowicy kiłowych".

Autor badał zdolność rozszczepiania tłuszczu (tributyryny) przez surowicę osobników kiłowych metodą stalagmometryczną Rony i Michaelisa.

Wyniki: nie udaje się stwierdzić wyraźnych różnic w zdolności lipolitycznej surowicy u kiłowych w zależności od czasu trwania choroby, od jej okresu, postaci klinicznej, rozległości zmian, poprzedzającego leczenie lub w związku z istnieniem zmian serologicznych.

Czł. Fr. Krzyształowicz przedstawia pracę p. Adama Straszyńskiego p. t. „O zmianach histologicznych w skórze i w tkance podskórnej niemowląt w przypadkach daleko posuniętego samowyniszczenia".

W 14 przypadkach samowyniszczenia niemowląt stwierdził autor w skórze następujące zmiany histologiczne:

1) W naskórku: zgrubienie i rozluźnienie warstwy rogowej, ścieńczenie i pofałdowanie wszystkich warstw naskórka;

2) W skórze właściwej: jej ścieńczenie, nitkowatą budowę wiązek włókien klejodajnych;

3) W tkance podskórnej na miejscu zanikłej podściółki tłuszczowej cały szereg zrazikowato zbudowanych tworów kształtu owalnego lub pasmowatego, złożonych z siatki naczyń włosowatych i z gęstych skupień jąder. Wśród tych ostatnich stwierdzić można zapomocą barwienia sudanem tylko tu i ówdzie drobniutkie kulki tłuszczu.

W silniejszem powiększeniu: podścielisko tworzy tkanka analogiczna do tkanki siateczkowatej śledziony, gruczołów chłonnych i szpiku. W oczkach siateczkowatego podścieliska tych zmienionych zrazików rozgałęzione gniazdkowate komórki o gąbczastej plazmie i dużem owalnem jądrze. Komórki te łączą się ze sobą wypustkami.

Możnaby było uznać za F. Wassermannem, że zraziki tłuszczowe są narządami siateczkowo-śródbłonkowemi, przeznaczonemi do przemiany tłuszczowej. W stanach samowyniszczenia znika tłuszcz z tych narządów a występuje wyraźnie ich siateczkowate utkanie, podobne do utkania pierwotnych związków zrazików tłuszczowych płodu. Spotyka się przytem skupianie się jąder, co możnaby uważać za ich mnożenie się — według autora — odczyn obronny tkanki mezenchymalnej.

Czł. R. Nitsch przedstawia pracę p. Stefana Sterling-Okuniewskiego i p. Zofji Pęskiej p. t. „O wpływie emanacji radowej na pewne właściwości biologiczne surowic ludzkich".

Autorowie dochodzą do następujących wniosków:

1) Naświetlanie nieogrzewanych surowic ludzkich, dających ujemny odczyn Wassermanna, energją świetlną (emanacją radową) wiedzie często do zjawienia się w surowicy własności częściowego odchylenia dopełniacza, który nawet w miarę czasu (7—10 dni) od chwili przerwania naświetlania jeszcze bardziej się potęguje. Ogrzewanie (30' w 56°) tak zmienionych surowic niszczy ową nabytą właściwość.

2) W surowicach poprzednio ogrzanych naświetlenie nie wywołuje zmian w odchylaniu dopełniacza z antygenem kiłowym. Czasami nieznacznie potęguje się dodatni odczyn z surowicami kiłowemi, ale po powtórnem ogrzaniu surowicy powraca odczyn znowu do poprzedniego miana.

3) Dodanie cholesteryny (w rozcz. 1 : 10.000) lub lecytyny (w rozcz. 1 : 1000) do nieogrzanej surowicy ludzkiej wiedzie po silnem naświetlaniu przeważnie do zjawienia się w ujemnej uprzednio surowicy częściowo dodatniego odczynu Wassermanna. Ogrzewanie niszczy tę właściwość.

4) Naświetlanie dopełniacza nie wpływa na zmianę siły dopełniacza.

Czł. R. Nitsch przedstawia pracę p. Wincentego Wróblewskiego p. t. „Morfologja mikroba zarazy płucnej bydła na sztucznych podłożach".

Autor stwierdza, co następuje: mikrob zarazy płucnej:

1) jest przesączalny we wszystkich swoich stadjach rozwojowych przez filtry Chamberlanda L^1, L^1 bis, L^2.

2) w preparatach niebarwionych jest niewidzialny: barwiony jest widzialny we wszystkich swoich stadjach rozwojowych. W preparatach, przygotowanych z osadu po odwirowaniu płynnej hodowli, barwi się łatwo barwikami anilinowemi. W preparatach, przygotowanych z płynnego podłoża, barwi się po zastosowaniu odpowiedniej zaprawy.

3) należy do grzybów, które się rozwijają z zarodników. Zarodniki kiełkują i wytwarzają grzybnię z endosporami (mycelium). Z grzybni wyrastają konidja z egzosporami od 2—6.

4) jest konsystencji śluzowatej i łatwo ulega zniekształceniu, (odwirowanie, wstrząsanie płynnej hodowli).

5) Cykl rozwojowy na odpowiedniem płynnem podłożu trwa około 6 dni. W pierwszych dniach występuje opalescencja, potem delikatny kożuszek, w starszych buljonowych hodowlach osad.

6) okazuje na podłożu płynnem taką samą morfologję, jak na podłożu stałem.

7) charakterystyczne elementy to konidjalne pierścienie, od których odchodzą wypustki z egzosporami. Postać tych tworów przypomina gwiazdkę, z tego względu najodpowiedniejszą byłaby nazwa: „*Asteromyces peripneumoniae bovis*".

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Zdzisława Goreckiego p. t. „Badania działania kofeiny, strychniny, kardiazolu, koraminy i oliwy kamforowej na narząd krążenia i oddychania u chorych z niewyrównaną czynnością serca".

Rozczyny wymienionych leków przepuszczano przez żabi preparat Trendelenburga (zapomocą kaniulki wpuszczano rozczyn leku do tętnicy brzusznej i liczono krople, wypływające z żyły brzusznej). W tych doświadczeniach rozcieńczenia leków, odpowiadające wysokim dawkom ludzkim, nie wywierały wpływu na naczynia żaby, rozcieńczenia odpowiadające 10-krotnej dawce ludzkiej, również nie wpływały na liczbę wypływających kropel, z wyjątkiem koraminy, która w 3 doświadczeniach na 7 wywoływała spadek liczby wypływających kropel prawie do połowy.

U 12 chorych (wady zastawkowe serca, zmiany w mięśniu sercowym w okresie ciężkiej niedomogi mięśnia sercowego u 10 chorych i lżejszego stopnia u 2 chorych), badano: liczbę tętna, ciśnienie skurczowe, ciśnienie rozkurczowe, ciśnienie palcowe, wskaźnik oscylometryczny, ciśnienie najkorzystniejsze, ciśnienie tętna, warunki sprzyjające przyspieszeniu krążenia, liczbę oddechów, przeciętną głębokość oddechów, wentylację minutową, odsetek CO_2 w wydychanem powietrzu, ilość minutową wydalonego CO_2. Naogół żaden ze stosowanych leków nie zaznaczył swego wpływu w sposób wybitny i stały.

Przy przewlekłem podawaniu wymienionych leków (oczywiście podawano wyłącznie jeden lek) obserwowano: 1) objawy kliniczne, 2) liczbę tętna na minutę, 3) liczbę oddechów na minutę, 4) wagę ciała, 5) ilość moczu na dobę i 6) jego ciężar właściwy. Nie stwierdzono żadnego wpływu po żadnym z podawanych leków.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Seweryna Cytronberga p. t. „Badania doświadczalne nad czynnością wydzielniczą jelita cienkiego".

Autor przeprowadził szereg badań na psach z przetoką jelita cienkiego i doszedł do wniosków następujących:

1) po różnych rodzajach pożywienia spostrzega się pewną zmianę ilości i jakości soku jelitowego, szczególnie wyraźnie bezpośrednio po przejściu z jednego rodzaju pożywienia na drugi;

2) obok pożywienia wpływają na ilość i jakość wydzieliny jelitowej własności osobnicze ustroju;

3) cechy fizyczno-chemiczne odwirowanego soku jelitowego, t. j. wskaźnik refraktometryczny, napięcie powierzchniowe, pH, a szczególnie lepkość mają dość stałe wartości. Jelito jest jednak zdolne zwiększyć w miarę potrzeby lepkość swej wydzieliny, przy pomocy śluzu oraz składników morfotycznych (limfocytów i leukocytów, stłuszczonych nabłonków i t. d.);

4) średnie dawki podskórne adrenaliny wywołują zmniejszanie się ilości wydzieliny, jej napięcia powierzchniowego, pH i zasobu zasad obok wyraźnego przyrostu zawartości składników morfotycznych, zwiększenia się wskaźnika refraktometrycznego oraz stężenia chloru w płynnej części soku;

5) hipofizyna, wstrzyknięta podskórnie, wywołuje krótkotrwały spadek ilości ogólnej oraz zawartości składników sformowanych wydzieliny obok nieznacznego zmniejszenia się stężenia chloru w części płynnej soku;

6) umiarkowane dawki podskórne insuliny powodują wyraźny przyrost ilości ogólnej soku przy jednoczesnem zmniejszeniu się zawartości składników sformowanych. Ogólne stężenie części płynnej soku nie ulega zmianie. Napięcie powierzchniowe, pH i zasób

węglanów wzrastają, lepkość i stężenie chloru zmniejszają się. Atropina, wstrzyknięta w ciągu trwania działania insuliny wywołuje przedewszystkiem bardzo znaczne zmniejszenie się ogólnej ilości wydzieliny oraz dalsze znaczne zmniejszenie się stężenia chloru;

7) tyreoidyna działa niejednolicie;

8) inne badane przetwory różnych hormonów (z jajników, jąder, gruczołu przytarczycznego i t. d.) nie wykazały żadnego wyraźnego działania na ilość lub jakość wydzieliny jelitowej.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Seweryna Cytronberga p. t. „O przebiegu wchłaniania cukru gronowego i owocowego w jelicie cienkiem".

Autor wprowadzał do wyodrębnionych pętel jelita cienkiego psów rozmaite stężone roztwory cukru gronowego oraz owocowego.

Wnioski:

1) wprowadzenie do jelita hipotonicznych roztworów wywołuje z początku szybki, a potem nieco wolniejszy przyrost wskaźnika refraktometrycznego zawartości jelita, aż do wartości, odpowiadających mniej więcej wskaźnikowi refraktometrycznemu soku jelitowego badanego psa;

2) ten przyrost jest następstwem wydzielania składników nieorganicznych (chlorków, dwuwęglanów i t. p.), głównie zaś skutkiem wydzielania śluzu, białka, ciał tłuszczowatych i t. d. przez śluzówkę jelita pod wpływem jej chemicznego i mechanicznego podrażnienia przez wprowadzony płyn;

3) po wprowadzeniu roztworów hipertonicznych stwierdza się spadek wskaźnika refraktometrycznego, z początku gwałtowny, a następnie bardziej powolny, aż zostanie osiągnięta wartość wskaźnika refraktometrycznego soku jelitowego;

4) rozcieńczanie wprowadzonych roztworów hipertonicznych odbywa się dwojako: a) na drodze szybkiego wsysania nadmiaru ciała rozpuszczonego, b) drogą wydzielania przez jelito pewnej ilości płynu, szczególnie, gdy płyn wprowadzony jest silnie stężony;

5) przy wchłanianiu jelitowem czynny jest mechanizm, regulujący ogólne stężenie koloidów i krystaloidów zawartości jelitowej w tym kierunku, żeby ono odpowiadało łącznemu stężeniu tych ciał w soku jelitowym;

6) nie ulega wątpliwości, że w wymienionym mechanizmie regulującym stężenie zawartości jelitowej, obok zjawisk osmotycznych wielką rolę grają jeszcze inne czynniki;

7) przy wprowadzaniu do jelita roztworów krystaloidów należy uwzględnić nietylko ciśnienie osmotyczne tych roztworów, ich napięcie powierzchniowe (Traube i jego szkoła), szybkość dyfuzji ciał w nich rozpuszczonych (Schade, Bechhold i t. d.), rozpuszczalność tych ciał w lipoidach i t. d., lecz także wpływy koloidów, wydzielonych przez śluzówkę jelita pod wpływem jej podrażnienia przez płyn wprowadzony. W myśl prawa Mc. Donnana o równowadze błonowej wchłanianie wprowadzonych roztworów krystaloidów powinno zależeć w dużym stopniu od ilości i jakości tych koloidów. Wobec tego jest zrozumiałem, że przebieg wchłaniania nietylko może, lecz powinien wykazywać swoiste odrębności.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Seweryna Cytronberga p. t. „O współdziałaniu czynności wydzielniczej jelita cienkiego w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju".

W celu zbadania roli czynności wydzielniczej jelita cienkiego w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej ustroju przeprowadził autor szereg różnych doświadczeń na psach z przetoką Thiry-Vella i doszedł do wniosków następujących:

1) zasadowość soku jelitowego zmniejsza się lub wzrasta zależnie od nadmiaru wartości kwaśnych lub zasadowych w „środowisku wewnętrznem" ustroju. Śluzówka jelita współdziała zatem w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej ustroju;

2) kwas jest silnym bodźcem miejscowym dla wydzielania jelitowego. Wydzielina jelitowa jest tem obfitsza, a jej zasadowość tem większa, im kwaśniejsza jest zawartość jelita. Czynność więc wydzielnicza żołądka wpływa na wydzielanie jelitowe na drodze dwojakiej: a) ogólnej, ponieważ przyrost zasadowości krwi, wywołany przez wydzielanie kwasu solnego, wywołuje przyrost zasadowości soku jelitowego oraz b) miejscowej, albowiem nadmiar kwaśności miazgi pokarmowej wywołuje wzmożenie się ilości i kwaśności soku jelitowego. Z tych względów współdziałanie wydzielania jelitowego w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej ustroju powinno przejawiać się szczególnie dobitnie w usuwaniu „alkalozy pokarmowej", wywołanej przez wydzielanie żołądkowe.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Marji Goldmanównej i p. Syweryna Cytronberga p. t. „O wydalaniu chloru i związków azotowych przez śluzówkę jelita cienkiego w azocicy doświadczalnej".

W celu zbadania wpływu azocicy na czynność wydzielniczą jelita cienkiego autorowie wywołali (przy pomocy zatrucia uranylem octowym) ciężką, ostro przebiegającą azocicę u dwóch psów z przetoką jelitową, przyczem spostrzegli co następuje:

1) stężenie chloru w soku jelitowym wzrasta początkowo niezbyt znacznie, pozostaje jednak stale na poziomie niższym, niż stężenie chloru w osoczu krwi;

2) W miarę posuwania się ogólnej azocicy, stężenie mocznika i azotu pozabiałkowego w soku jelitowym wzrasta bardzo znacznie;

3) przyrost stężenia tych ciał przebiega równolegle do przyrostu ich stężenia w osoczu krwi; jednak stężenie mocznika (ściślej mówiąc, wszystkich ciał azotowych, ulegających rozszczepieniu przy zetknięciu się z podbromianem ługu, przyczem zwalnia się azot) oraz ogólna wartość azotu pozabiałkowego w soku jelitowym są stale mniejsze, niż w osoczu krwi;

4) z powyższego wynika, że w stanach azocicowych czynność wydzielnicza jelita cienkiego gra jedynie rolę podrzędną i bierną jako błona przepuszczalna dla wymienionych ciał azotowych, odznaczających się znaczną szybkością dyfuzji. Pod tym względem czynność wydzielnicza jelita cienkiego różni się zasadniczo od „zewnętrznego" wydzielania wątrobowego. Jak to bowiem wykazał już dawniej Cytronberg, wątroba gra w stanach azocicowych bardzo ważną i czynną rolę w sprawie zastępczego usuwania odpadków azotowych;

5) powyższe wnioski dotyczą wyłącznie jelita cienkiego. Rola czynności wydzielniczej jelita grubego w stanach azocicowych wymaga oddzielnych badań.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XV. Posiedzenie naukowe z dnia 16 maja 1930 r.

Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1) Kol. Lipiński przedstawia: a) przypadek *ascaridosis*, który z powodu wyraźnych objawów oponowych skierowano na oddział zakaźny z rozpoznaniem gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. U dziewczynki, lat 4, zupełnie nieprzytomnej, niezmiernie wyniszczonej, stwierdzono przy temp. 39,6 i tętnie nitkowatem wynoszącem powyżej 120 uderzeń na minutę, sztywność karku i obustronnego Kerniga. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn lekko opalizujący, wydostający się pod znacznem ciśnieniem. Badanie płynu dało wyraźny odczyn Nonne-Apelta i Pandyego, w osadzie znaczną ilość ciałek białych z wyraźną przewagą limfocytów. Drobnoustrojów chorobotwórczych nie znaleziono w płynie ani bezpośrednio ani w hodowli. Badanie krwi dało leukocytozę (12.000 ciałek białych) z przesunięciem wzoru na lewo, przy zwiększonej ilości eozynochłonnych. Badanie dna oka dało wynik ujemny. Wiedząc z doświadczenia, że nawet ciężkie objawy oponowe mogą być spowodowane toksycznem zadziałaniem czerwi, przystąpiono do zbadania stolca na pasorzyty przewodu pokarmowego. W kale, badanym metodą Bass-Fülleborna, znaleziono znaczną ilość jaj *ascaris lumbricoides*. Już po pierwszych dawkach santoniny glisty odchodziły w znacznej ilości. Równocześnie wszystkie objawy kliniczne zaczęły szybko ustępować, dziecko wracało do zdrowia, a po kilku tygodniach opuściło oddział zakaźny zupełnie wyleczone ze znacznym przybytkiem na wadze. Prelegent podkreśla znaczenie czerwi w patologji ludzkiej i przypomina wyniki badań własnych, ogłoszonych przed dwoma laty.

b) *Przypadek ciężkiej stomatitis ulcerosa*, przysłanej na oddział zakaźny w stanie znacznego wyniszczenia, z podejrzeniem zarazy pyskowo-raciczej. Chory, rolnik lat 30, z okolic Lwowa, podaje, że przed trzema tygodniami zauważył na języku i błonie śluzowej jamy ustnej pęcherzyki, początkowo surowicze później ropne, które szybko pękały, pozostawiając bolesne owrzodzenia. Po przyjęciu na oddział zakaźny stwierdzono w jamie ustnej naloty barwy szarawej, ściśle przylegające do podstawy, krwawiące, obejmujące całą błonę śluzową policzków i języka, sięgające poprzez tylną ścianę pharynx ku krtani. U chorego, wysoko gorączkującego (39,9), stwierdzono przy znacznym obrzęku wargi górnej i dolnej, silny ślinotok i przykry foetor ex ore. Na skórze chorego znaleziono osutkę skąpą, guzkową, obok nieznacznych owrzodzeń na mosznach i napletku. Badanie mikroskopowe nalotów w jamie ustnej wykazało obecność znacznej ilości krętków i prątków wrzecionowatych. Badanie zmian na skórze nie dało wyników dodatnich. Leczono neosalvarsanem i stovarsolem. Wszystkie zmiany, opisane powyżej, cofnęły się szybko, temperatura spadła i chory rychło wrócił do zdrowia.

W dyskusji kol. Leszczyński który obserwował przypadek ad b) jeszcze przed przyjęciem na oddział zakaźny, skłania się raczej do przyjęcia rozpoznania zarazy pyskowej.

Kol. Gąsiorowski odnosi wrażenie, że w przypadku ad b) ma się do czynienia z zarazą pyskową.

Kol. Goldschlag opisuje obraz kliniczny dwóch podobnych przypadków.

Kol. Dobrzański uważa, że obraz kliniczny przemawia za zarazą pyskową.

Prof. Trawiński miał sposobność obserwowania powyższego przypadku. Nie może przychylić się do zdania przedmówców co do rozpoznania u pacjenta pryszczycy, a to z następujących powodów: pryszczyca jest chorobą zakaźną bydła rogatego, na człowieka zaś przenosi się ze zwierząt chorych, mianowicie przeważnie za pośrednictwem mleka i przetworów mlecznych, pochodzących od sztuk zakażonych. Z reguły na kilkaset a nawet na kilka tysięcy sztuk chorych zdarzają się i to rzadko sporadyczne przypadki pryszczycy u człowieka. Źródłem pryszczycy jest zatem z reguły zwierzę, a nie człowiek. Pacjent pochodzi z Bóbrki, gdzie w ostatnich miesiącach stale przebywał. Tak jednak w Bóbrce jako też powiecie nie zdarzył się ani ostatnio ani też od dłuższego czasu przypadek pryszczycy wśród bydła rogatego. Powyższy czynnik epidemjologiczny przemawia zatem w danym przypadku przeciw pryszczycy. Również obraz zmian anatomo-patologicznych, mianowicie zupełny brak charakterystycznych ubytków nabłonka na błonie śluzowej jamy ustnej, występujących po pęknięciu pęcherzyków i wypełniających się następnie żywo-czerwoną ziarniną, przemawia przeciw pryszczycy. W rozpoznaniu schorzenia należało w końcu uwzględnić eksperyment, polegający na próbie zakażenia cielaka nalotami jamy ustnej pacjenta.

Kol. Lipiński odpowiada na pytania i zarzuty przedmówców.

2) Prof. fizyki Uniw. J. K. Dr. St. Loria wygłasza wykład „*O promieniowaniu*" jako pierwszy z cyklu wykładów o leczeniu energją promienną.

XVI. Posiedzenie naukowe z dnia 23 maja 1930 r.
Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1) Kol. Hilarowicz przedstawia przypadek stwierdzonego operacyjnie wrodzonego zboczenia położenia żołądka, opisany przed 5 laty przez Meiselsa jako *torsio ventriculi* na podstawie szczególnego obrazu roentgenowskiego, w którym część odźwiernikowa i dwunastnica stale była zwrócona na lewo przy prawidłowem ułożeniu części wpustowej. Chorego operowano obecnie z powodu dolegliwości, które, podobnie jak i roentgenogram, pozwalały rozpoznać wrzód dwunastnicy przy niezmienionem zresztą zboczeniu (Klinika ch. wewn. we Lwowie). Przy operacji okazało się, że żołądek leżał prawie cały w linji środkowej ciała przyczem krzywizna duża przebiegała spiralnie ze strony lewej na prawą. Dwunastnica bardzo długa w formie leżącej litery V, utwierdzona prawidłowo po stronie prawej, przechodzi w odźwiernik tuż na lewo od linji środkowej; tamże bliznowaty wrzód, z powodu którego wykonano resekcję sposobem Krönleina.

Prelegent uważa powyższe zboczenie położenia żołądka za zmianę wrodzoną wobec braku jakichkolwiek zrostów a istnienia także innych nieprawidłowości jak bardzo ruchomego woreczka żółciowego o dziwnym kształcie, wielkiej kieszeni otrzewnowej za dwunastnicą, bardzo długiego więzadła żoł.-okrężn. i i. Zboczenia tego nie można uważać za rodzaj *situs inversus partialis* lecz raczej za następstwo niedokonania się obrotu żołądka dokoła osi przedniotylnej, przy nadmiernym obrocie dokoła osi podłużnej. W końcu H. omawia przypadki z literatury, wśród których przedstawiony stanowi bardzo rzadki przyczynek dla wyjaśnienia przyczyny odnośnych obrazów roentgenowskich (ukaże się obszernie w druku).

Kol. Grabowski pokazuje roentgenogramy przedstawionego przypadku, które wykazują, że część odźwiernikowa żołądka przebiega ku stronie lewej i ku tyłowi, opuszka dwunastnicowa wykazuje typową deformację dla wrzodu. Część pierwsza dwunastnicy przebiega początkowo ku stronie lewej, następnie poziomo poza żołądkiem ku stronie prawej, gdzie zatacza typowy łuk podkowy dwunastnicowej. Badanie roentgenowskie wykazywało więc obok przemieszczenia części odźwiernikowej żołądka długą *pars horizontalis duodeni* oraz pozwalało rozpoznać obecność wrzodu. Ponieważ leczenie zachowawcze nie dawało żadnej poprawy, a wszelkie objawy zgodnie przemawiały za wrzodem, zdecydowano zabieg operacyjny. Przypadek ten, opisany poprzednio przez Meiselsa jako *torsio ventriculi*, zyskuje szczególnie na wartości, gdyż jest to pierwszy tego rodzaju przypadek, który posiada potwierdzenie anatomiczne. W ten sposób spór pomiędzy Eisingerem a Reveszem w kwestji istnienia *situs inversus pylori et duodeni*, a do tych właśnie przypadków zalicza Eisinger przedstawiony przypadek, zyskuje nowe i nieoczekiwane oświetlenie. Niewątpliwie momentem predysponującym do tego rodzaju anomalji w ułożeniu żołądka była wrodzona znaczna długość *pars horizontalis duodeni*.

Kol. Nowicki podnosi niezwykłą częstość zrostów między dwunastnicą a woreczkiem żółciowym i wątrobą — mimo tego nie spostrzega się na stole sekcyjnym tego rodzaju zmiany ułożenia żołądka i dwunastnicy, jak w przypadku przedstawionym lub w przypadkach opisanych w piśmiennictwie. N. nie może sobie przedstawić mechanizmu powstania takiego położenia na tle pociągania przez zrost, który musiałby mieć jakiś bardzo wyjątkowy przebieg i przyczepy. Najbardziej byłby za zmianami wrodzonemi, jako podstawą do powstania zmiany omawianej. Przebieg żyły bramnej do przodu od żołądka, jako znamię odwróconego wrodzonego położenia żołądka, wcale nie musi zawsze zachodzić, odwrócenie może dotyczyć tylko żołądka.

Ponadto w dyskusji zabierali głos kol. Meisels i Hilarowicz.

Kol. Groer wygłasza wykład p. t. „Podstawy biologiczne aktinoterapji".

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 30 maja 1930 r.
Przewodniczy: Kol. A. Kuhn:

1) Kol. Klemens Kauczyński pokazuje: „*Przypadki gruźlicy skóry leczone światłem Finsena*". Po krótkiem omówieniu istoty metody leczenia lampą Finsena, pokazał mówca szereg przypadków tocznia pospolitego, wyleczonych definitywnie, z bardzo dobrym wynikiem kosmetycznym. Demonstracja ta była poparta szeregiem fotografij kontrolnych przed i po leczeniu, które uwydatniały efekt kosmetyczny. K. uważa, że leczenie tocznia pospolitego winno się odbywać na specjalnych oddziałach, wyposażonych we wszystkie nowoczesne urządzenia. Błędnem byłoby jednak mniemanie, jakoby wszystkie przypadki tocznia należało leczyć jedynie metodą Finsena. Przypadki muszą być indywidualizowane i leczone wszystkiemi kombinowanemi metodami, które w danym przypadku zapewnią najlepszy wynik leczniczy.

2) Kol. Goldschlag wygłasza wykład: „*O biologji roentgenowskiej skóry zdrowej i chorej*". (Przeznaczone do druku w P. Gaz. Lek.).

3) Kol. Dębicki wygłasza odczyt o *Roentgenoterapji w medycynie wewnętrznej*. W wykładzie tym podniósł prelegent swoją hipotezę budowy atomu, w której wprowadza do budowy atomu fotony, uważając je za części składowe elektronów.

W dyskusji zauważył prof. fizyki Politechniki lwow. Reczyński, obecny jako gość, że ta hipoteza może wprowadzić rewolucję w dotychczasowych pojęciach w fizyce.

Prof. Loria interpelował prelegenta jakie biologiczne dane naprowadzają go na postawienie tej hipotezy, zauważając równocześnie, że największe odkrycia naukowe bywały robione przez ludzi niefachowych.

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Warszawa, dnia 15 lipca 1930 r.
Nr. Z. I. 616/30.

Okólnik Nr. 126.

W sprawie roli kontrolerów sanitarnych w akcji sanitarno-porządkowej.

Do Pana Wojewody (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zauważa, iż właściwe obowiązki kontrolerów sanitarnych są często źle rozumiane przez władze samorządowe.

Rola kontrolera sanitarnego jest powszechnie niedoceniana i mylnie interpretowana, przez co niejednokrotnie kontrolerzy sanitarni zostają obarczeni czynnościami kancelaryjnemi w biurze lekarza sanitarnego lub też czynnościami zgoła pobocznemi.

Nadzór nad stanem sanitarno-porządkowym powiatu, wykonywany przez lekarza, niezawsze może być bezpośredni, gdyż lekarz, zajęty wielu innemi zagadnieniami z dziedziny higjeny i pomocy lekarskiej, nie może poświęcić dużo czasu inspekcjom sanitarno-porządkowym, natomiast kontroler sanitarny jest obowiązany stale czuwać nad ogólną czystością otoczenia i nad odpowiedniem utrzymaniem urządzeń sanitarnych.

W nawiązaniu do załączonego pisma z dnia 20. X. 1929. r. Nr. Z. O. 2201/29, wyszczególniającego podstawowe działy, w jakich kontrolerzy sanitarni mają być kształceni, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zaznacza, iż kontroler sanitarny obowiązany jest dokonywać stałych inspekcyj sanitarno-porządkowych otoczenia,

t. j. ulic, posesyj, ustępów, studzien, tak publicznych, jak i prywatnych, dezynfekcji i dezynsekcji mieszkań i otoczenia chorego. Ma on nadzór nad jakością wody oraz artykułów żywności nad miejscami ich wyrobu i sprzedaży, pobiera ich próby, przesyła artykuły żywności do zakładów badania żywności i przedmiotów użytku, a wodę do tychże zakładów lub filij Państwowego Zakładu Higjeny. Po otrzymaniu ujemnych wyników badania wody kontraler sanitarny w wykonaniu zarządzeń lekarza urzędowego (powiatowego, samorządowego) umieszcza odpowiednie tabliczki na studniach publicznych, zamyka nienadające się do użytku, ewentualnie przeprowadza oczyszczanie lub dezynfekcję tychże.

Prócz kontrolerów sanitarnych, przeznaczonych głównie do prowadzenia akcji sanitarno-porządkowej, gminy miejskie powinny mieć specjalnych kontrolerów artykułów żywnościowych i przedmiotów użytku (rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 r. o nadzorze nad żywnością i przedmiotami użytku Dz. Ust. Nr. 36 poz. 343), którzy przebyli kurs dokształcający w państwowych zakładach badania żywności lub ukończyli kurs dla kontrolerów sanitarnych w Państwowej Szkole Higjeny w myśl okólnika Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 238 z dnia 31. X. 1929 r.

Dążeniem ze strony władz Państwowej Służby Zdrowia jest, aby we wszystkich instytucjach i świeżo zakładanych ośrodkach zdrowia prowadzono dział higjeny otoczenia (biuro sanitarne). Taki ośrodek zdrowia ma za zadanieześrodkowanie całej akcji w zakresie zdrowia publicznego na terenie pewnego okręgu miejskiego lub wiejskiego. Włączenie działalności nadzoru sanitarnego do ośrodka zdrowia umożliwia kontrolerom sanitarnym bliższe zetknięcie się z ludnością i jej otoczeniem oraz bliższe współdziałanie z innemi działami higjeny publicznej.

Prowadzenie wydatnej akcji sanitarno-porządkowej wymaga wyszkolenia personelu, w pierwszym rzędzie kontrolerów sanitarnych. Zatrudnieni obecnie kontrolerzy sanitarni wykazują duże braki w wykształceniu fachowem i ogólnem, posiadając zaś dostateczne wykształcenie może kontroler sanitarny pod odpowiednim kierunkiem stać się bezpośrednim wykonawcą zarządzeń lekarza sanitarnego w prowadzeniu akcji sanitarno-porządkowej na dowolnym terenie.

Zechcą Panowie Wojewodowie dopilnować wykonania tego okólnika i nadesłać sprawozdanie w terminie do dnia 1. XII. 1930 r., dotyczące całokształtu sprawy, z podaniem dotychczasowych danych liczbowych co do kontrolerów sanitarnych w poszczególnych powiatach oraz gminach miejskich niewydzielonych i wydzielonych.

Minister: *Sławoj Składkowski.*

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Warszawa, dnia 20 listopada 1929 r.

Nr. Z. O. 22101/29.

III-ci kurs przeszkolenia kontrolerów sanitarnych.

Do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Panów Dyrektorów Państwowych Zakładów Badania Żywności.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż z dniem 10 stycznia 1930 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie III kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie nauczanie słuchaczy dokonywania inspekcji sanitarnej otoczenia (t. zn. ustępów, studzień, domów, mieszkań i t. p.), wykonywania dozoru sanitarnego nad artykułami żywności, nad miejscami ich wyrobu i sprzedaży, pobierania prób do badania tych artykułów i t. p., dokonywania dezynfekcji, dezynsekcji i t. p.

Czas trwania kursu — 5 miesięcy.

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większa część czasu będzie użyta na zajęcia praktyczne, ćwiczenia na terenie, dokonywanie inspekcji, zwiedzanie instytucyj i urzędów sanitarnych i t. p.

Program kursu składa się z czterech działów:

I. ogólno-przygotowawczy: niezbędne wiadomości z fizyki i chemji, kreślenia i zdjęcia z natury, wiadomości z prawa sanitarnego, biurowość urzędowa, higjena ogólna i osobista, pierwsza pomoc.

II. dział higjeny publicznej: statystyka, choroby zakaźne, choroby zawodowe, higjena społeczna, dezynfekcja, dezynsekcja i deratyzacja.

III. dział techniki sanitarnej: badania wody i urządzeń wodnych, zaopatrywanie ludności w wodę, oczyszczanie wody, urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, usuwanie i oczyszczanie ścieków, śmiecie, wiadomości z budownictwa, higjena mieszkań i zakładów użyteczności publicznej, inspekcja mieszkaniowa, ogrzewanie i wentylacja, kąpieliska, badania sanitarne na terenie, sporządzanie sprawozdań.

IV. Dział higjeny artykułów żywności:

a) wiadomości co do składu, własności, prawidłowości poszczególnych artykułów żywności i przedmiotów użytku,

b) kwalifikowanie i sposób pobierania prób do badania,

c) wstępne badania niektórych artykułów,

d) przesyłanie prób do zakładów badawczych,

e) kontrola sanitarna wytwórni i miejsc sprzedaży,

f) obowiązujące ustawodawstwo.

Kandydaci na kurs winni posiadać świadectwo z ukończenia najmniej 4 klas gimnazjalnych, lub 7-miu oddziałów szkoły powszechnej. Pierwszeństwo będą miały osoby, już pracujące w urzędach sanitarnych rządowych lub samorządowych, na stanowiskach dozorców lub kontrolerów sanitarnych, dezynfektorów lub kontrolerów targowych.

Władze administracji ogólnej, samorządy terytorjalne oraz instytucje sanitarne, zainteresowane w odpowiedniem wyszkoleniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs swych funkcjonarjuszy w drodze udzielenia im płatnego urlopu lub przez udzielenie stypendjum dla kandydatów na te stanowiska.

Opłata za cały kurs wynosi 50 zł, płatnych przy wpisie w dniu rozpoczęcia kursu.

Słuchacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higjeny za opłatą kosztów utrzymania (pełne utrzymanie i pomieszczenie wynosi 6 złotych dziennie).

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, odpisów świadectw szkolnych, względnie z poprzedniej pracy, świadectwa zdrowia oraz fotografji, należy nadsyłać do sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15 grudnia 1929 r.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia: (—) *Adamski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

VI Kurs uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie". Przy poparciu Min. Spraw Wewn. (Dep. Służby Zdrowia) Polski Związek Przeciwgruźliczy przystępuje do organizacji 3 miesięcznego Kursu Uzupełniającego dla lekarzy — mającego za zadanie przygotowanie lekarzy dla akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych. — Obecny Kurs uwzględni w pierwszym rzędzie studja praktyczne jak również obejmuje cały szereg wykładów teoretycznych z dziedziny lecznictwa gruźlicy (zwracając uwagę na zabiegi jak odma sztuczna, phrenicoexeraesa i t. p.), oraz metod walki z gruźlicą. — Każdy ze słuchaczy Kursu będzie miał możność praktycznego zapoznania się z kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (Stage'u) w zakresie gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej, w Klinikach Uniw. Warszawskiego i na oddziałach szpitalnych. — Nadto każdy słuchacz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w Warszawskich poradniach przeciwgruźliczych. — Dla ułatwienia odbycia Kursu zostaną przeznaczone dla 10 lekarzy stypendja zwrotne w terminie 5 lat w wysokości 500 zł. dla każdego. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze delegowani przez Min. Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia), Kasy Chorych oraz Towarzystwa przeciwgruźlicze.

Wykłady teoretyczne będą dostępne dla ogółu lekarzy, bez żadnego ograniczenia i bez opłat. — Kurs rozpocznie się dnia 15 stycznia 1931 r. — Podania należy składać pisemnie, pocztą lub osobiście w biurze Związku Przeciwgruźliczego ul. Chocimska 24 (Państwowa Szkoła Higjeny) od godz. 10 do 3 od dnia 1-go stycznia 1931 r. — Do podania należy dołączyć: 1) krótkie curriculum vitae, z podaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji, która lekarza delegowała i 3) zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata. — O przyjęciu na Kurs decydować będzie Komisja Organizacyjna, poczem natychmiast wszystkim kandydatom wysłane będzie zawiadomienie. — Z ukończenia Kursu wydane będzie zaświadczenie po uprzedniem złożeniu końcowego egzaminu. Komisja Organizacyjna Kursu zwraca uwagę na konieczność dokładnego przestudjowania przez kandydatów na Kurs książki p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie", wydanej pod redakcją prof. Dr. S. Ciechanowskiego przez P. Z. P. w roku 1927. — Dokładne przestudjowanie tego dzieła umożliwi słuchaczom Kursu wykorzystanie należyte wykładów oraz zajęć praktycznych.

Kurs trachomatologji i organizacji społecznej walki z jaglicą. W dniu 18 grudnia 1930 r. nastąpiło w Państwowej Szkole Higbjeny zamknięcie VI. Kursu trachomatologji i organizacji społecznej walki z jaglicą. W sprawozdaniu z przebiegu kursu, kierownik kursu, Dr. M. Zachert, zaznaczył, że na kurs było zgłoszonych 80-ciu lekarzy, brało udział w kursie 62 lekarzy, przyczem 19 lekarzy otrzymało z Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. zasiłki na odbycie kursu. W poprzednich kursach brało udział 247 lekarzy, czyli ogółem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało w Państwowej Szkole Higjeny 309 lekarzy. — Po sprawozdaniu kierownika kursu przemawiali: w imieniu Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. Dr. Przetakiewicz, podnosząc znaczenie tych kursów; w imieniu prelegentów Doc. Dr. Melanowski, następnie Dr. St. Stypułkowski podkreślił znaczenie przychodni przeciwjagliczych w walce z jaglicą; w imieniu słuchaczy przemawiał Dr. St. Dziubek i w końcu dłuższem przemówieniem zamknął Kurs Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny, Dr. W. Chodźko.

Kurs Ogólnokształcący dla lekarzy-praktyków odbędzie się zwyczajem lat ubiegłych przy Wydziale Lekarskim Uniw. Warsz. od dnia 15 marca do dnia 28 marca 1931 r. Na kurs złożą się zajęcia praktyczne oraz wykłady poruszające najżywotniejsze sprawy w dziedzinie rozpoznawania i leczenia wraz z internatem w Klinice Położniczo-ginekologicznej Uniw. Warsz. Przewodniczącym Kursu został wybrany prof. dr. med. W. Szenajch. Opłata za udział w Kursie wynosi 75 zł., dla asystentów i hospitantów Klinik i oddziałów szpitali miejskich m. st. Warszawy 30 zł. Nadto wszystkim uczestnikom kursu na żądanie będą zapewnione mieszkania po cenie zniżkowej, zniżki kolejowe w drodze powrotnej, oraz będą wydane zaświadczenia z odbycia Kursu. Zgłoszenia do udziału w Kursie oraz w sprawach informacyjnych należy skierowywać do sekretarza dr. Romana Pereta, II Klinika Chorób Wewnętrznych U. W. ul. Nowogrodzka 59 do dnia 1 marca 1931 r.

V-ty kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów państwowych, samorządowych i z biur instalacyjnych rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny w dn. 1 lutego 1931 r. i będzie trwał 4-ry tygodnie. Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24) do dn. 15 stycznia 1391 r.

Z początkiem roku 1931 redakcja „Warsz. Czasop. Lek.“ przystępuje do wydania „Wykładów Lekarskich“ w zeszytach mniej więcej dwuarkuszowych i w terminach dwumiesięcznych. Pierwszy wykład p. t. "Współczesny stan lecznictwa kiły" pióra kol. Adama Straszyńskiego ukaże się w styczniu r. przyszłego.

W dniu 13-go grudnia 1930 r. odbyła się w Państwowej Szkole Higjeny Konferencja w sprawie uzdrowotnienia wsi polskiej. Konferencję zagaił Dyrektor Naczelny Państwowego Zakładu Higjeny Doc. Dr. G. Szulc, poczem zostały wygłoszone ilustrowane przeźroczami następujące referaty: Dr. M. Kacprzak: „Uświadomienie wsi polskiej pod względem higjenicznym"; Dr. K. Orzechowski: „Wiejskie ośrodki zdrowia w powiecie warszawskim“; Inż. A. Szniolis: Prace nad uzdrowotnieniem wsi Nieporęt w pow. warszawskim"; Dr. W. Chodźko: „Konferencja międzynarodowa w sprawie wiejskich ośrodków zdrowia w Budapeszcie“ (październik 1930).

Termometry lekarskie. Wszystkie termometry lekarskie do mierzenia temperatury ciała ludzkiego są wywzorcowane według legalnej skali stu stopniowej, to jest Celsjusza. Natomiast spotyka się nieraz jeszcze termometry kąpielowe według Reamura, stosowanie których przy zabiegach wodoleczniczych nie jest niczem uzasadnione i opiera się tylko na przyzwyczajeniu. — Wobec tego, że w myśl rozporządzenia Ministra Przemysłu i Handlu z dniem 1 stycznia 1931 r. sprzedaż termometrów ze skalą Reamura lub Fahrenheita będzie wzbroniona, nastąpi stopniowo, z powodu wyłącznego nabywania termometrów Celsjusza, wycofanie z użycia termometrów ze skalą Reamura. — Spółistnienie w tym okresie przejściowym dwóch różnych skal może wywołać przykre, a nawet dla zdrowia szkodliwe nieporozumienia np. ordynowanie kąpieli w stopniach C i aplikowanie jej nie w tychże stopniach ale R, lub też naodwrót. Główny Urząd Miar zwraca się do pp. lekarzy o spółdziałanie w eliminowaniu podziałki Reamura przez ordynowanie temperatury kąpieli wyłącznie w stopniach Celsjusza. Spółdziałanie takie przyczyni się w znacznym stopniu do szybkiego usunięcia niedogodności okresu przejściowego, a tem samem do ujednostajnienia termometrji medycznej. Stopień Celsjusza równy jest, jak wiadomo, czterem piątym stopnia R, więc np. temperatura kąpieli 28° R wynosi w skali Celsjusza 35°.

Pensjonat „Wanda“ w Bystrej Śląskiej, przestaje być z dniem 31 grudnia 1930 r. zakładem leczniczym, uznanym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych za nadający się do leczenia funkcjonarjuszów państwowych na zasadzie par. 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 1926 r. (Dz U. R. P. Nr. 95, poz. 555). Począwszy od dnia 31 grudnia 1930 r. nie można więc przekazywać do tego zakładu chorych funkcjonarjuszów państwowych i członków ich rodzin z tytułu państwowej pomocy lekarskiej. — Osoby, które przekazane będą do wspomnianego zakładu przed powyższym terminem, mogą pozostać w zakładzie przez przeciąg czasu, oznaczony w przekazie.

Ze Spółdzielczego Banku Lekarzy. Zarząd Banku Spółdzielczego Lekarzy na posiedzeniu w dniu 4 grudnia 1930 r. udzielił członkom pożyczek (częściowo na weksle, częściowo na podkład papierów wartościowych) na sumę 12.000 zł. i uchwalił obniżyć oprocentowanie pożyczek, udzielanych na cele inwestycyjne do poziomu stopy Banku Polskiego (obecnie 7 i pół % rocznie), aby w ten sposób spełnić w najszerszym zakresie swe zadanie jako instytucji, ułatwiającej założenie warsztatów indywidualnej lub zbiorowej pracy lekarskiej (całkowite urządzenie gabinetów lekarskich, pracowni analitycznych, zakładów światłoleczniczych etc.). W zbyt powolnem tempie napływające należności za udziały ograniczają działalność kredytową Banku, przeto Zarząd odwołuje się tą drogą o wpłacanie zadeklarowanych udziałów i zapisywanie się na członków Banku. Pokwitowania za wpłacone udziały są do odebrania u p. dyrektora Dzierżanowskiego. — Bank rozpoczął przyjmowanie wkładów: Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. ulokował w Banku kwotę 5.000 zł., jako pierwszy wkład od instytucji lekarskiej, spodziewać się należy, że Okręgi i Obwody Związku oraz inne instytucje lekarskie (kasy, samopocy i inne) pójdą za tym przykładem.

Kraków.

W myśl uchwały VIII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich z dnia 26. IX. 1929 r. odbędzie się IX Zjazd Internistów w Krakowie w dniach od 24 do 27 września 1931 r. Tematami programowemi są: 1. Reumatyzm, 2. Hyperthyreozy. Krakowski Komitet, jako organizujący IX Zjazd Internistów zwraca się do Kolegów z prośbą o przygotowanie odpowiednich prac i wzięcie czynnego udziału w Zjeździe. Tematy odczytów i ich streszczenia należy nadsyłać na ręce Prof. Dr. J. Latkowskiego najpóźniej do dnia 31 maja 1931 roku.

Walka z gruźlicą w Krakowie. Tow. przeciwgruźlicze w Krakowie odbyło w sali magistratu posiedzenie, mające na celu propagandę akcji przeciwgruźliczej wśród jak najszerszych warstw społeczeństwa krakowskiego i ludności tut. województwa drogą sprzedaży nalepek. Przewodniczący zebrania prof. Dr. Latkowski scharakteryzował w ogólnym zarysie olbrzymie potrzeby w dziedzinie walki z gruźlicą w Polsce, która rozporządza zaledwie 5.297 łóżkami dla gruźliczych, podczas gdy istotne potrzeby wymagałyby 50.0000 łóżek. Kraków ma zaledwie 183 łóżek dla gruźliczych, w tem 120 na Prądniku Białym, 40 w szpitalu św. Łazarza i 23 w klinice dla chorych wewnętrznie. Wkońcu mówca zaapelował do przedstawicieli władz i całego społeczeństwa o jak najżywsze poparcie porpagandowej akcji komitetu przeciwgruźliczego. W dyskusji przemawiali między innymi: Dr. Batko, lekarz powiat. w Chrzanowie, p. Trepka, nczelnik wydz. szkolnictwa powszechnego w kuratorjum krakowskiem.

Poradnia przeciwreumatyczna. W grudniu u. r. została otwartą w klinice lekarskiej U. J. ul. Kopernika 15 poradnia przeciwreumatyczna, udzielająca porady lekarskiej w cierpieniach reumatycznych. Poradnia przeciwreumatyczna czynną jest we wtorki i piątki od 9—12 przed południem.

Reorganizacja Kas Chorych. W związku z ukazaniem się rozporządzenia Prezydenta Rzplitej o reorganizacji Kas Chorych słychać, że na terenie państwa istnieć będzie 40 okręgowych Kas Chorych, w których nadzór sprawować będzie zarząd wybrany przez ubezpieczonych, względnie komisarz.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne na zwyczajnem walnem zgromadzeniu w dniu 2. XII. ub. r. wybrało nowy zarząd na rok 1931 w następującym składzie. Prezes: Prof. Bocheński. Wiceprezes: Dr. Seidler. Sekretarz: Dr. Paruch. Skarb-

nik: Dr. Sawicka. Członkowie wydziału: Dr. Hermelin, Dr. Ostrowski, Doc. Dr. Mączewski. Komisja rewizyjna: Dr. Duczymińska, Dr. Mahl, Dr. Ross. Redaktorzy Ginekologji Polskiej: Prof. Bocheński, Prof. Sołowij. Komitet redakcyjny: Dr. Lenczowski, Doc. Mączewski, Dr. Seidler, Dr. Wiślański. Sąd polubowny: Prof. Sołowij, Dr. Pohorecki, Dr. Damański.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXX. posiedzenie naukowe odbyło się 5 grudnia b. r. z nast. porządkiem dziennym: 1) Kol. H. Sochański: Tarczyca a gruczoły rozrodcze (wykład). 2) Kol. Reni I.: Diplegia facialis (pokaz). 3) Kol. Lewicki St.: Kilka słów o Krynicy. W dyskusji zabierali głos koledzy: Kuhn, Sabatowski, Pisek, Lipski, Dąbrowski, Lewicki.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXXI. posiedzenie naukowe odbyło się 12 grudnia 1930 r. z nast. porządkiem dziennym: Kol. Trawiński: Pięćdziesięciolecie badań nad paratyfusem (wykład). W dyskusji zabierali głos koledzy: Gąsiorowski, Stauber, Węgrzynowski, Trawiński.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXXII. posiedzenie naukowe odbyło się dnia 19 grudnia 1930 r. z nast. porządkiem dziennym: 1) Kol. Wenzel: Przypadek odmy śródpiersia (pokaz).2) Kol. Hilarowicz: Przypadek plastyki przełyku (pokaz). 3) Kol. Leszczyński: Teorja eczema wczoraj i dzisiaj (wykład). W dyskusji zabierali głos koledzy: Węgrzynowski, Franke, Mierzecki, T. Ostrowski, Pisek.

Pouczenie w sprawach podatkowych. Komisja podatkowa Izby Lekarskiej Lwowskiej na posiedzeniu dn. 27. XI. u. r. uchwaliła, między innemi, ogłosić krótkie pouczenie dla Kolegów w sprawach podatkowych. Komisja doszła bowiem do przekonania na podstawie doświadczenia, opartego na materjale rzeczowym, że wielu Kolegów nie jest dostatecznie obeznanych ze sprawami podatkowemi, co powoduje szereg nieporozumień, połączonych niejednokrotnie ze szkodami osobistemi. Należy wiedzieć, że lekarze opłacają, w myśl ustawy, dwa rodzaje podatków, podatek obrotowy i podatek od dochodów (dochodowy). Podatnik obowiązany jest w terminie, ustawą przewidzianym, złożyć fasję czyli zeznanie. Kto zeznania nie złoży, ten podlega karze od 50 zł, a nadto traci prawo wnoszenia odwołania przeciw podatkowi wymierzonemu. Podatkowi obrotowemu podlega bez potrąceń cały dochód, jaki lekarz osiągnie w ciągu roku podatkowego ze wszystkich źródeł dochodu (honorarja lekarskie od chorych, za orzeczenia sądowo-lekarskie, komisje, pobory miesięczne od Instytucyj prywatnych i t. p.), bez doliczenia uposażeń stałych (pensje miesięczne rządowe, samorządowe, z Kas chorych, pensje emerytalne). Od powyższego dochodu stawka podatkowa wynosi 2½%. Podatkowi dochodowemu podlega cały dochód powyższy, z doliczeniem wszelkich dalszych źródeł dochodu własnych, ewentualnie także żony, a zatem dochodu od realności, przesiębiorstw, posiadłości gruntowych, majątków w kapitałach i t. p. O ile przy wypłacaniu pensyj miesięcznych Instytucje, które je opłacają, nie potrącają podatku dochodowego na rzecz skarbu, to te źródła dochodu muszą być wliczone do całego dochodu podatnika. O ile przy kwotach podanych do podatku obrotowego nie można robić żadnych potrąceń, to w zeznaniach do podatku dochodowego potrąca się szereg wydatków (patrz Kronika Izby Lekarskiej Nr. 8. z r. 1930 str. 132—133). Wydatki muszą być poparte kwitami. Kwota, jaka wypadnie po odliczeniu wydatków, podlega opodatkowaniu wedle ustawy skali progresywnej. Przy sporządzeniu zeznania o dochodzie należy osobno wykazać wydatki, związane z wykonywaniem zawodu lekarskiego, a osobno wydatki przy innych źródłach dochodu. Władze skarbowe przyjmują jako maximum dopuszczalne potrąceń 50% u dentystów, w zakładach ortopedycznych, pracowniach chemicznych i t. p., a więc tam, gdzie lekarze pracują przy pomocy personelu pomocniczego, a 20—30% u lekarzy pracujących osobiście. Jeżeli podatnik, któremu wymierzono podatek, czuje się wymiarem pokrzywdzony, winien wnieść w terminie 14-to dniowym odwołanie do Komisji Odwoławczej podatku obrotowego, względnie dochodowego. W odwołaniu tem należy podnieść wszystkie dane, przemawiające i udowadniające, że przez Władzę przyjęty dochód jest za wysoki. Oprzeć się należy przedewszystkiem na porządnie prowadzonych księgach chorych i księdze kasowej, z których dowód należy zaofiarować. Jakkolwiek zapiski tego rodzaju nie są dla Władzy Skarbowej w stosunku do lekarzy bezwzględnie wiążące (w przeciwieństwie do przedsiębiorstw prowadzących księgi handlowe), to bywają one jednak zazwyczaj respektowane. Jeżeli przy wymiarze podatku dochodowego jako dochód brutto z praktyki przyjęto wyższą kwotę, jak przy podatku obrotowym, to należy wykazać nielogiczność tego postepowania. Władza Skarbowa ma prawo, według ustawy, przyjąć dochód „na podstawie zewnętrznych oznak życia podatnika". Ponieważ minimum egzystencji lekarza nieżonatego, a więc samotnego, w obecnych stosunkach nie może wynosić mniej jak około 6.000 zł rocznie, a około 8.000 zł rocznie u żonatego, to podatnicy muszą się z tem liczyć. To też lekarze, którzy czują się pokrzywdzeni wymiarem w powyższych wysokościach, muszą w zeznaniu o dochodzie, względnie rekursie, wykazać te inne źródła dochodu po za wykonywaniem zawodu lekarskiego (dochód z majątku osobistego, żony, datki od rodziny i t. p.), które umożliwiają im pokrycie wydatków, połączonych z utrzymaniem własnem i rodziny.

Wilno.

Promocja estońskiego profesora. W auli kolumnowej uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie odbyła się we wtorek, 9. XII uroczysta promocja estońskiego profesora uniwersytetu Ludwika Puuseppa na Dra medycyny honoris causa wszechnicy Stefana Batorego. Prof. Puusepp położył wielkie zasługi naukowe w dziedzinie neurologji i chirurgji. Na uroczystości przemawiali rektor prof. Januszkiewicz, prorektor ks. Falkowski. Odpowiedział w serdecznych słowach w języku francuskim prof. Puusepp. Wojewodę wileńskiego reprezentował starosta grodzki Szora. W uroczystości wzięli także udział przedstawiciele władz wojskowych, cywilnych i samorządowych, świata naukowego i młodzieży akademickiej.

Ze świata.

VIII. Międzynarodowy Kongres Dentystyczny Paryż 3—8 sierpnia 1931. Komitet organizacyjny Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego w Paryżu zwrócił się do Pol. Komitetu Narodowego F. D. I. z prośbą o propozycje co do ew. objęcia referatów wzgl. koreferatów na programem objęte wykłady.

W czerwcu roku 1929 odbył się, jak wiadomo, w Atlantic - City (Ameryka Półn.) I-szy Międzynar. Kongres Szpitalnictwa, na którym zgromadzeni przedstawiciele i delegaci 36 narodów mieli możność wypowiedzenia się w najkapitalniejszych sprawach Szpitalnictwa. — Kongres udał się wspaniale przytem postanowiono następny Kongres odbyć w Wiedniu 1931 roku dnia 8—14 czerwca. Wyznaczone referaty: 1) Koszta budowy szpitali. 2) Znaczenie pielęgnowania chorego w szpitalu. 3) Terminologja w szpitalnictwie. 4) Prawo szpitalne. 5) Urządzenia pomocnicze szpitalne w wypadkach nagłych (zasłabnięć). 6) Koszty utrzymania dziennego w szpitalu. Wykłady: 1) Konsultacje lekarzy pozaszpitalnych. 2) Sprawa odżywiania chorych. 3) Wpływ Tow. Ubezpieczeń chorych na Władze szpitalne. 4) Stanowisko Neurologa i Psychjatry w szpitalnictwie ogólnem. Nadto Wydział wykonawczy Kongresu (Dr. René Sand — Paryż, przewodniczący. Prof. Tandler — Wiedeń. Dr. Corwin — New York. Prof. Chagas — Rio de Janeiro. Dr. Goldwater — New York) zawiadamia iż odbędzie się jednocześnie olbrzymia, międzynarodowa wystawa szpitalnictwa a także w czasie od 14 maja do 6 czerwca organizuje słynna American Express Company wycieczkę ze zwiedzeniem angielskich, duńskich i niemieckich szpitali i urządzeń szpitalnych najnowszych — nie mówiąc o Wiedniu i Budapeszcie.

Redakcja otrzymała.

Powiatowa Kasa chorych w Sosnowcu. Sprawozdanie z działalności za rok 1929.

OD REDAKCJI.

Począwszy od 1-go stycznia 1931 roku czynności redakcyjne Polskiej Gazety Lekarskiej prowadzić będą równorzędnie dwaj redaktorowie. Prof. Dr. Stanisław Legeżyński obejmuje dział naukowy czasopisma, a więc redakcję artykułów naukowych, referatów z czasopism zagranicznych i sprawozdań z naukowych posiedzeń towarzystw lekarskich i zjazdów naukowych. Dr. Kalikst Krzyżanowski zaś zatrzymuje nadal redagowanie działu informacyjno-komunikatowego Polskiej Gazety Lekarskiej, zatem działu ocen i sprawozdań z dzieł naukowych, bibljografji czasopism lekarskich polskich, spraw zawodowych, nekrologów, komunikatów i wiadomości bieżących.

Strony interesowane przyjmować będą obaj redaktorowie w lokalu redakcyjnym przy ul. Rutowskiego l. 9 (Księgarnia Gubrynowicza i Syna) równorzędnie, a w szczególności: Dr. Krzyżanowski, jak dotąd codziennie między godziną 12—1 w południe, prof. Dr. Legeżyński, w poniedziałki, środy i piątki między godziną 1—2 po południu.

Redakcję bezpłatnego dodatku do Polskiej Gazety Lekarskiej p. t. „Praktyka Lekarska" obejmuje z dniem 1 stycznia 1931 r. prof. Dr. Legeżyński.